

مركز البحوث

الصحة العامة
ما هي وكيف تعمل

تأليف: بيرنارد تيرنك

ترجمة

د. فهد بن عتيق العتيق

راجع الترجمة

د. عبد العزيز بن عبد الرحمن الشامخ

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

الصحة العامة

ماهى وكيف تعمل

تأليف

بيرنارد تيرنك

أستاذ إكلينيكى فى علوم صحة المجتمع

كلية الصحة العامة

جامعة إلينوى فى شيكاغو

شيكاغو، إلينوى

ترجمة

د. فهد بن عتيق العتيق

راجع الترجمة

د. عبدالعزيز بن عبدالرحمن الشامخ

١٤٢٥هـ - ٢٠٠٤م

بطاقة الفهرسة

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

تيرنك، بيرنارد

الصحة العامة: ما هى وكيف تعمل. / بيرنارد تيرنك؛ فهد بن عتيق العتيق - ط٢ - الرياض، ١٤٢٣هـ

٥٣٦ ص ١٧ سم × ٢٤ سم

ردمك ١-١١٠-١٤-٩٩٦٠

١ - الصحة العامة. ٢- الخدمات الصحية أ. العتيق، فهد بن عتيق (مترجم) ب. العنوان

ديوى ٦١٤ ١٤٢٣/٦٤٦٠

رقم الإيداع: ١٤٢٣/٦٤٦٠
ردمك: ١-١١٠-١٤-٩٩٦٠

هذه ترجمة كتاب:

Public Health

What It Is and How It Works

Second Edition

Bernard J. Turnock, MD, MPH
Clinical Professor of Community Health Sciences
School of Public Health
University of Illinois at Chicago
Chicago, Illinois

قائمة المحتويـــات

تابع - قائمة المحتويات

تابع - قائمة المحتويات

قائمة الأشكال والجداول والتوضيحات

الأشكال | **الصفحة**

تابع قائمة الأشكال والجداول والتوضيحات

الأشكال	الصفحة

تابع قائمة الأشكال والجداول والتوضيحات

الأشكال	الصفحة

تابع قائمة الأشكال والجداول والتوضيحات

تابع قائمة الأشكال والجداول والتوضيحات

الأشكال	الصفحة

تابع قائمة الأشكال والجداول والتوضيحات

تابع قائمة الأشكال والجداول والتوضيحات

الجداول	الصفحة

تابع قائمة الأشكال والجداول والتوضيحات

التوضيحات	الصفحة

تابع قائمة الأشكال والجداول والتوضيحات

التوضيحات	الصفحة

مقدمة الكتاب:

يتيح العام ٢٠٠٠م والقرن الذى يليه فرصة فريدة للتأمل فيما كنا فيه وماذا أنجزت أمتنا ومجتمعنا. وبالنسبة للصحة العامة، فإنها فرصة حقيقية للتمعن فيما يمكن أن نسميه، ربما لعدم وجود التعبير المناسب، بقرن من التقدم (Century of Progress). وكم كان قرنًا رائعًا!

كان أجدادى أطفالاً فى بداية القرن الماضى. وفى ذلك الوقت، عاشوا فى دولة شابة وسريعة التطور، حمل سكانها البالغ تعدادهم ٧٥ مليون نسمة آمالاً معقولة بحياة طويلة صحية. ولكنهم كانوا أيضًا يواجهون عددًا كبيرًا مزعجًا من المخاطر الصحية والمجازفات التى أتاحت لهم مجتمعة، إمكانية العيش لمتوسط عمر متوقع بلغ قرابة ٤٧ سنة فقط. وكانت أمراض الجدرى والدرن والالتهاب الرئوى والدفتيريا وغيرها من الأمراض الإسهالية المتنوعة بمنزلة الزوار الدائمين غير المرغوب فى زيارتهم. ولم يكن أمرًا مستغربًا بالنسبة للأسر بأن تقوم بدفن عدد من أطفالها قبل بلوغهم سن الرشد.

ولما بلغ والدىّ سن الطفولة فى العشرينيات والثلاثينيات من القرن العشرين، أسهم عدد من التطورات الاقتصادية والاجتماعية والعلمية فى زيادة العمر المتوقع بأكثر من عقد من الزمن على الرغم من الفوضى الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن الكساد العظيم (Great Depression). وعلى الرغم من تلك التطوارت، ظل الدرن والحمى القرمزية والسعال الديكى والحصبة وغيرها أمراضًا شائعة. وبالرغم من حدوث عدد أقل فى وفيات مرحلة الطفولة إلا أن العديد من العائلات ظلت تعانى مشكلة وفاة طفل أو أكثر من بين أولادها.

ومع الوقت الذى ظهرنا فيه نحن فى الجيل المسمى بجيل ما بعد الحرب العالمية الثانية (the Baby Boom Generation) تمتعت أنا وإخوتى وأخواتى الأربعة بإمكانية العيش إلى "السنوات الذهبية" (Golden Years) وسن الخامسة والستين وربما أطول من ذلك. عندما كنت طفلاً كان شلل الأطفال أحد أمراض الطفولة المعدية القليلة المتبقية التى تشكل خطرًا على الإنسان. وتعتبر برامج التحصين الجماعية التى جرت فى مسقط رأسى بعضًا من ذكريات الطفولة التى لا تزال عالقة فى ذهنى. وكانت وفيات الأطفال بمنزلة تجارب غير شائعة وتعود فى الغالب إلى أسباب مختلفة عن الأمراض المعدية.

وبإطلالة فجر القرن الحادى والعشرين على أكثر من ٢٧٠ مليون أمريكى، يتطلع أبنائى وأبناؤك اليوم إلى متوسط عمر متوقع يصل إلى حوالى ٨٠ سنة. واليوم أيضًا تتوافر لقاحات لما لا يقل عن ٢٢ حالة مرضية مختلفة (١١ منها موصى باستخدامها لجميع

الأطفال) للوقاية من جميع الحالات تقريبًا التى شكلت خطراً على أبائهم وأجدادهم وأباء أجدادهم خلال القرن العشرين. واليوم يتم تحصين الأطفال حتى ضد السرطان من خلال مستحضرات لقاح التهاب الكبد الوبائى (ب). وبصفة عامة انخفضت وفيات مرحلة الطفولة بأكثر من ٩٥٪ عما كانت عليه قبل قرن من الزمن. فكر مليًا فى هذه النسبة: إنها تعنى أن ١٩ من كل ٢٠ حالة وفاة كانت تحدث بين أطفال فى هذه البلاد لم تعد تحدث!

ويبدو للكثير منا أن قرنًا من الزمن بمنزلة وقت طويل جداً، ولكن الأمر لا يعتبر كذلك بمعطيات الأشياء الكبيرة. بل يبدو أن مدة قرن من الزمن تبدو أقصر فيما لو نظرنا إلى الكيفية التى ترتبط بها أعمارنا. وعليك فقط أن تنظر إلى الصلات التى تربط كلاً منا بأجدادنا وأبنائنا وحتى أحفادنا حيث إن كل واحد منهم كانت لديه تطلعات مختلفة جداً لحياته وصحته. وتلعب هذه الصلات والروابط أدواراً مهمة عندما يتعلق الأمر بفهم القيمة والمنافع التى تعود من عمل الصحة العامة. وبحلول مطلع القرن القادم سوف يجنى حوالى ٥٧٠ مليون أمريكى ثمار جهود العاملين فى الصحة العامة عبر القرون الماضية. والغالبية العظمى ممن سوف ينتفعون مما تعمله الصحة العامة لم يولدوا بعد!

وبالنسبة لى بوصفى شخصاً قد أمضى ١٥ سنة فى ممارسة الصحة العامة وعقداً آخر من الزمن فى التدريس والبحث فى هذا الحقل فإننى قلق بسبب عدم وجود فهم أفضل من قبل أولئك الذين يعملون فى الحقل وأولئك الذين ينتفعون بعمله لشىء بالغ الأهمية والفائدة. ولقد تمكنت خلال مشوارى العملى طبيبًا فى الصحة العامة من تكوين احترام عميق جداً للحقل وللمهنة وللعاملين فيها. ولكن يجب أن أعترف أنه وعلى الرغم من خدمتى وأنا مدير لإدارة الصحة فى ولاية كبيرة إلا أننى افتقدت الفهم والتقدير الكاملين لهذا المشروع الفريد.

و ما ظهر جليًا لى خلال تلك السنوات هو أن قصة الصحة العامة تعتبر صعبة السرد. وأنه لا يوجد ممثل رسمى واحد للصحة العامة يدير دفة مركبها ويرشدها خلال فترات الاضطراب التى دائمًا ما واجهتها. كما أنه لا يوجد نظرة واضحة لغايتها المقصودة ولا للعمل المطلوب القيام به، ولا لمن يجب أن يقوم بهذا العمل لكى تبلغ مقصدها. كما أننا لا نستطيع التوجه لأطبائنا المتخصصين فى طب الأسرة وممثلينا الرسميين المنتخبين ولا حتى لموظفى الصحة العامة البارزين، مثل كبير الأطباء (Surgeon General)، للحصول على رؤية مستقبلية وتوجيه. ومن المؤكد أن هؤلاء الناس يقومون بأدوار مهمة ولكن الصحة العامة ترتبط على نحو واسع بالعوامل البيولوجية والبيئية والاجتماعية والثقافية والسلوكية والانتفاع بالخدمة المتعلقة بالصحة لدرجة أنه لا يوجد جهة واحدة مسئولة عن

تلبية كل شيء. وعلى الرغم من هذا، إلا أننا جميعًا نشترك فى النجاحات والإخفاقات الناتجة عن قراراتنا وأفعالنا الجماعية مما يجعلنا مسئولين تجاه بعضنا عن نتائج جهودنا. وأملى هو أن يقدم هذا الكتاب نظرة شاملة لنظام الصحة العامة وأن يحول دون قيام العاملين المعاصرين والمستقبليين فى حقل الصحة العامة من تعريف الصحة العامة على نحو ضيق من خلال ما يقومون بعمله فقط. ويهدف هذا الكتاب فى جوهره إلى وصف الصحة العامة ببساطة ووضوح من خلال ماهية الصحة العامة وما تعمله وكيفيه عملها ولماذا هى مهمة لنا جميعًا.

وعلى الرغم من عدم وجود ندرة فى الكتب الجيدة فى حقل الصحة العامة، إلا أن هناك بالتأكيد عجزًا فى الفهم والتقدير والدعم للصحة العامة ولمظاهرها المختلفة. ويحاول العديد من الكتب الحالية المتخصصة فى الصحة العامة أن يكون شاملاً فى تغطيته للحقل بدون الاستفادة من إطار فكرى مفهوم على نحو مماثل من قبل كل من المشتغلين وغير المشتغلين فى حقل الصحة العامة. وتشير الحركية والتعقيد فى حقل الصحة العامة بأن كتب الصحة العامة سوف تصبح أكبر حجمًا وأكثر شمولية كلما تقدم الحقل. وفى المقابل يهدف هذا الكتاب إلى تقديم أساسيات الصحة العامة مع التركيز على الفهم بدلاً من الشمولية. ويستعرض الكتاب مفاهيم أساسية ولكنه يربط تلك المفاهيم بالممارسة العملية فى الواقع.

وتعتبر هذه المواضيع ضرورية لدارسى الصحة العامة فى تخصصاتهم الأكاديمية وتتزايد أهميتها للطلاب المتخصصين فى العلوم الاجتماعية والسياسية وغيرها من المهن الصحية. ولكن هذا الكتاب يستهدف الممارسين للصحة العامة بنفس القدر الذى يستهدف دارسيها. ويمثل هذا الكتاب الاعتقاد الذى يقول بعدم إمكانية تعليم الصحة العامة بشكل كافٍ من خلال كتاب، وأنه يجب تعلمها من خلال سبر أغوارها والممارسة العملية لمفاهيمها وأساليبها. ومن هذا المنطلق يجب أن ينظر إلى هذا الكتاب كإطار لتعلم وفهم الصحة العامة وليس كقائمة محددة لمبادئ الصحة العامة وممارساتها. وسوف تكون قيمة الكتاب الحقيقية فى قدرته على الحث على التفكير "خارج حدود الكتاب".

وتغطى الفصول الأربعة الأولى مواضيع تلبى اهتمام القراء بشكل عام. ويقدم الفصل الأول المفاهيم الأساسية المكونة للصحة العامة ويشمل التعريفات واللمحة التاريخية والخصائص الفريدة للصحة العامة. كما يركز الفصل الأول والفصول اللاحقة بشكل كبير على الصحة العامة فى الولايات المتحدة على الرغم من شمول تلك الفصول على معلومات حول الصحة العامة على المستوى العالمى كما تظهر المقارنات فى الفصلين الثانى والثالث.

ويناقش الفصل الثانى الصحة والمرض والعوامل المختلفة التى تؤثر فى الصحة وفى جودة الحياة. كما يستعرض الفصل الثانى بيانات ومعلومات عن الحالة الصحية والعوامل المنشئة للخطر فى الولايات المتحدة ويقدم طريقة لتحليل المشكلات الصحية لتحديد مسبباتها الأولية. ويعالج الفصل الثالث النظام الصحى بشكل عام وإستراتيجياته للتدخل، مع تركيز خاص على التوجهات والتطورات المهمة بالنسبة للصحة العامة. كما سوف يلقى الضوء على نقاط التماس بين الصحة العامة وبين النظام الصحى المتغير على نحو سريع. فى حين يستعرض الفصل الرابع تنظيم مسئوليات الصحة العامة فى الولايات المتحدة من خلال مراجعة أساسها القانونى والتركيب التنظيمى الحالى لمؤسسات الصحة العامة على المستوى الاتحادى ومستوى الولايات والمستويات المحلية. ويمكن اعتبار هذه الفصول الأربعة مجتمعة بمنزلة التمهيد حول ماهية الصحة العامة وكيف ترتبط بشئون الصحة فى أمريكا الحديثة.

وتكسو الفصول الأربعة الأخيرة باللحم الهيكل العظمى للصحة العامة الذى تم تقديمه فى النصف الأول من الكتاب. حيث تقوم تلك الفصول بفحص الكيفية التى تقوم بها الصحة العامة بعمل ما تقوم به متطرقة إلى قضايا هى من صميم أعمال الصحة العامة وتعتبر ضرورية للدارسين الأكثر رغبة وجدية فى التعرف على حقل الصحة العامة. ويستعرض الفصل الخامس الوظائف الأساسية للصحة العامة وكلاً من الكيفية والجودة التى تتم بها أداء تلك الوظائف فى الوقت الراهن. ويحدد هذا الفصل العمليات الرئيسية أو الممارسات التى تضفى الطابع العملى على وظائف الصحة العامة الأساسية وعلى الأدوات التى تم تطويرها لتحسين ممارسة الصحة العامة. ويعتمد الفصل السادس على الهيكل التنظيمى الحكومى للصحة العامة الأمريكية (من الفصل الرابع) ويفحص المدخلات الأخرى لنظام الصحة العامة والتى تشمل الموارد البشرية والمعلوماتية والمالية. فى حين سوف تكون مخرجات نظام الصحة العامة المتمثلة فى البرامج والخدمات موضوعًا للفصل السابع. حيث سيتم استعراض ممارسة الصحة العامة المبنية على البراهين من خلال الخدمات الوقائية المقدمة فى التجمعات السكانية والخدمات الوقائية الإكلينيكية. كما سوف يتم تقديم أسلوب لتخطيط وتقييم البرامج لتدخلات الصحة العامة. وينظر الفصل الأخير فى مستقبل الصحة العامة فى مطلع القرن الجديد معتمداً على الدروس المستفادة من القرن الماضى. كما سوف يتضمن الفصل الأخير أيضًا استعراضًا للمشاكل الناشئة والفرص التى أتاحها التوسع فى مجالات التعاون والشراكة وجهود التجمعات السكانية المنظمة بشكل أكثر فعالية والعقبات التى تعترض استجابات الصحة العامة.

ويحتوى كل فصل على عدد من الأشكال والجداول والتوضيحات لشرح المفاهيم وتوفير مصادر مفيدة للعاملين فى مجال الصحة العامة. كما أن الكتاب مزود بملحق لمصطلحات الصحة العامة لكى يستفيد منها غير الملمين ببعض المصطلحات الشائعة الاستخدام ولغرض إيصال المعنى المقصود لتلك للمصطلحات التى ربما تتضمن معانى ودلالات مختلفة فى الممارسة. ويوجد فى نهاية كل فصل تمارين وأسئلة للمناقشة، يشتمل العديد منها على مصادر مستقاة من الإنترنت، تكمل الموضوعات المقدمة وتوفر إطاراً للتفكير والنقاش. كما تتيح تلك التمارين والأسئلة بأن يستخدم الكتاب بمرونة أكبر فى مقررات الصحة العامة فى المستويات المختلفة وباستخدام أساليب تلائم الدارسين فى مختلف مستويات تدريبهم وتأهيلهم.

وتقدم فصول الكتاب مجتمعة أسلوب النظم فى الصحة العامة (Systems Approach) مؤسساً على نموذج نظرى يصف الصحة العامة من خلال رسالتها ووظائفها ومدخلاتها وعملياتها ونتائجها. ويعتبر هذا النموذج بمنزلة البناء الموحد لهذا الكتاب. حيث يوفر إطاراً للتأمل ومسألة الحكمة من وراء إستراتيجيتنا الاستثمارية الحالية التى تسخر أكثر من ١٠٠ ضعف الموارد المنفقة على إستراتيجيات الوقاية الموجهة للتجمعات السكانية للإنفاق على الخدمات الطبية، على الرغم من أن الإستراتيجيات العلاجية قد أسهمت بخمس سنوات فقط من الثلاثين سنة الزائدة فى العمر المتوقع عند الولادة والتى تم إحرازها فى الولايات المتحدة منذ عام ١٩٠٠م.

ومهما كانت الحكمة التى يمكن أن توجد فى هذا الكتاب فهى قد وصلت إلىّ من أساتذتى وزملائى والعاملين معى وأصدقائى. ولأولئك الذين على وشك أن ينضموا إلى هذا الحقل الملىء بالتحديات والفرص فقد قصد بهذا الكتاب أن يكون بمنزلة تمهيد للصحة العامة فى الولايات المتحدة. فهو كتاب يسعى لتضييق هذا المجال البالغ الاتساع وتحجيم تعقيداته التى لا نهاية لها وحصر جدول أعماله المتوسع على نحو مستمر إلى شكل مبسط بدرجة كافية تمكن كلاً من طلاب السنة الأولى ومفوضى الصحة فى الولايات من فهمه بنفس القدر.

مصادر الإنترنت لمقررات دراسية تعتمد على هذا الكتاب متوافرة من خلال الموقع التالى:
http://www.aspenpublishers.com/books/turnock

شكر:

أسهم العديد من الأشخاص فى تشكيل المفاهيم والأفكار الواردة فى هذا الكتاب. وقد تمخضت فكرة هذا الكتاب من مقرر تمهيدى لمفاهيم وممارسة الصحة العامة أقوم بتدريسه فى كلية شيكاغو للصحة العامة التابعة لجامعة إلينوى (The University of Illinois, Chicago School of Public Health,) منذ عام ١٩٩١م. خلال تلك الفترة، أسهم أكثر من ١,٥٠٠ من المعاصرين الطموحين المشتغلين بالصحة العامة فى التأثير على المواد التى احتواها هذا الكتاب. وكان حماسهم وتطلعاتهم حافزًا لى لكى أبحث عن أساليب تجعل الموضوع شيقًا وقيمًا للدارسين فى مختلف مستوياتهم المهنية.

وتعتمد أجزاء عديدة من هذا الكتاب وبشكل كبير على الجهد المبذول من قبل الممارسين والمنظمات العاملة فى مجال ممارسة الصحة. وجدير بالشكر الخاص مكتب برنامج ممارسة الصحة العامة (the Public Health Practice Program Office (PHPPO)) التابع لمراكز التحكم والسيطرة على المرض (the Centers for Disease Control and Prevention) على إسهاماتهم، وخاصة إد بيكر (Ed Baker) مدير مكتب برنامج ممارسة الصحة العامة (PHPPO) وبد نيكولا (Bud Nicola) وبول هالفيرسون (Paul Halverson). وتبدو إسهامات وجهود التعاون المشتركة من قبل بيل ديال (Bill Dyal)، والذى كان يعمل سابقًا فى مكتب برنامج ممارسة الصحة العامة (PHPPO)، ظاهرة بوضوح فى صفحات هذا الكتاب. وجاءت الإسهامات القيمة الأخرى من زملائى فى الصحة العامة ومنهم جون لمبكين (John Lumpkin) وكريس أتشيسون (Chris Atchison) ولورا لاندرم (Laura Landrum) وجوديث منسون(Judith Munson) وباتريك لينيهان (Patrick Lenihan). كما استفدت فى العديد من الفصول من جهود مؤسستين من مؤسسات الصحة العامة والتى عملت فيهما خلال حياتى المهنية وهما إدارة الصحة العامة فى ولاية إلينوى (the Illinois Department of Public Health) وإدارة الصحة العامة فى مدينة شيكاغو (the Chicago Department of Public Health). ويبدو تأثير أربعة من رموز الصحة العامة البارزين الذين كانوا لى أساتذة ومثلاً أعلى - جين باكتر (Jean Pakter) وكونتين يانغ (Quentin Young) وجورج بيكيت (George Pickett) وسى أردن ميلر (C. Arden Miller) - واضحًا أيضًا فى هذا الكتاب.

وقد جاء التشجيع والدعم المبكر للقيام بهذا المشروع من لويد نوفيك (Lloyd Novick) والذى قدم أيضًا اقتراحات مفيدة حول نطاق وتركيز هذا الكتاب. كما قدم كل من كالين كونرلى (Kalen Conerly) ونورا مكلفيش (Nora McElfish)، العاملين فى دار أسبين للنشر (Aspen Publishers)، الاقتراحات القيمة والإرشاد على نحو مستمر. وقام كل من ميشيل أيسل (Michele Issel) وبرى أندروز (Bree Andrews) ومايك مندوزا (Mike Mendoza) بالمراجعة النقدية لهذا الكتاب وقدموا اقتراحات بناءة. وأردن هاندلر (Arden Handler) زميل لى متعاون معى منذ وقت طويل فى العديد من مشاريع الصحة العامة الرامية لتطوير الطاقة الاستيعابية. فأنا شاكر لتلك الإسهامات العديدة والمختلفة من جميع هذه المصادر المذكورة.

إهداء المؤلف:

إلى زوجتي الجميلة المحبة كولين، وأبنائنا الخمسة الرائعين: باتريك، براين، كيفن، نيل، تي جي.

الفصل الأول

ما هى الصحة العامة؟

انقضاء قرن من الزمن وبداية قرن آخر يتيح فرصة نادرة للنظر للوراء لمعرفة ما كانت عليه الصحة العامة والنظر قدماً نحو التحديات المستقبلية. ولك أن تتخيل العالم بعد مائة عام من الآن، حيث العمر المتوقع أطول بثلاثين سنة ومعدلات وفيات حديثى الولادة أقل مما هى عليه اليوم بنسبة ٩٥٪. كما أن متوسط مدة حياة الفرد سوف تصبح أكثر من ١٠٧ سنة وأقل من واحد من كل ٢٠٠٠ رضيع سوف يموت قبل حلول تاريخ ميلادهم الأول. وقد تبدو تلك التوقعات غير واقعية وإنجازات غير واردة. ولكنها ليست أكبر من الإنجازات التى تحققت ما بين عامى ١٩٠٠م و١٩٩٩م فى الولايات المتحدة.

فى نهاية القرن الماضى فى عام ١٩٠٠م، قليل من الناس تصوروا قرن التقدم فى الصحة العامة المنتظر قدماً. ولكن بحلول عام ١٩٢٥م، وصف قادة الصحة العامة مثل وينسلو (C.E.A. Winslow) زيادة بمقدار ٤٧٪ فى العمر المتوقع للمقيمين فى مدينة نيويورك (من ٣٦ سنة إلى ٥٣ سنة) بين عامى ١٨٨٠م و١٩٢٠م[1]. ومثل هذه الإنجازات دفعت وينسلو للتساءل عما يمكن تحقيقه من خلال تطبيق المعارف العلمية على نطاق واسع. وبالنظر للإنجازات الأكثر إثارة للإعجاب التى تحققت خلال القرن العشرين، فلنا جميعاً أن نتساءل عما هو ممكن فى القرن القادم.

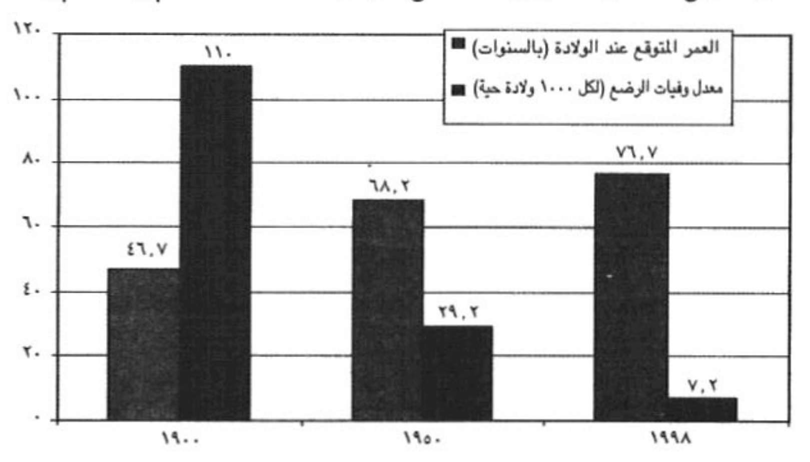
وسوف يبقى عام ٢٠٠٠م عالقاً فى الذاكرة بسبب أشياء عديدة ولكن من غير المرجح أن يعتبره الكثير من الناس عاماً مذهلاً بالنسبة للصحة العامة فى الولايات المتحدة الأمريكية. حيث لم يكن هناك اكتشافات رئيسية وابتكارات أو انتصارات تجعل من العام ٢٠٠٠م عاماً مختلفاً عن غيره من السنوات الأخرى فى الذاكرة الحديثة. ولكن لو أمعنا النظر قليلاً، فربما وجدنا أن سنة ٢٠٠٠م كانت حافلة بالاكتشافات والانتصارات فى مجال الصحة العامة! مثل قصة الرجل الحكيم الذى اخترع لعبة الشطرنج لملكه وطلب منه أن يكافئه بأن يضع له حبة من القمح فى المربع الأول من رقعة الشطرنج، وحبتين فى المربع الثانى، وأربع حبات فى المربع الثالث، وثمانى حبات فى المربع الرابع، وهكذا، فإن انتصارات الصحة العامة الصغيرة عبر القرن الماضى نتج عنها زيادات تراكمية واسعة النطاق لدرجة يصعب استيعابها.

فى عام ٢٠٠٠م نقص عدد الحالات المسجلة لمرض الحصبة حوالى ٩٠٠,٠٠٠ حالة بالمقارنة بعدد الحالات المسجلة فى عام ١٩٤١م. كما انخفض عدد الحالات المسجلة لمرض الدفتيريا ٢٠٠,٠٠٠ حالة عما كان عليه الحال فى عام ١٩٢١م، وانخفض عدد الحالات المسجلة لمرض السعال الديكى بأكثر من ٢٥٠,٠٠٠ حالة مقارنة بالحالات المسجلة فى عام

١٩٣٤م، وانخفض عدد حالات شلل الأطفال بمقدار ٢١,٠٠٠ حالة عما كان عليه الوضع فى عام ١٩٥١م[٢]. كما شهد مطلع القرن الجديد نقصًا فى أعداد المدخنين بمقدار ٤٥ مليون مقارنة بالتوقعات المبنية على الاتجاهات الشائعة فى استهلاك التبغ خلال عام ١٩٦٥م. كما أن أكثر من مليونى أمريكى كانوا أحياء بعد افتراض موتهم نتيجة لأمراض القلب والسكتة الدماغية، وحوالى ١٠٠,٠٠٠ أمريكى كانوا أحياء نتيجة لاستخدام أحزمة السلامة فى المركبات. كما يرجع الفضل فى تجنب إصابة أكثر من ١,٥ مليون شخص بأمراض التهاب الكبد الوبائى (ب) والتهاب الكبد الوبائى (س)، وتجنب إصابة أكثر من ٥٠٠,٠٠٠ شخص بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV) إلى حماية مخزون الولايات المتحدة من الدم، وبالتالى توفير أكثر من ٣,٥ بليون دولار أمريكى ثمنًا لتكلفة الرعاية الطبية المتوقعة لتوفير الرعاية الصحية للمصابين بالأمراض الثلاثة المذكورة[٣]. وفى أواخر التسعينيات، كان معدل مستويات الرصاص فى الدم عند الأطفال أقل من ثلث معدل المستويات المسجلة فى عام ١٩٧٦م. ويمكن الإطالة فى سرد هذه القائمة من المنجزات مرات عديدة. ويلخص شكل (١-١) التقدم الذى تم إحرازه من خلال مؤشرين هما الأكثر شيوعًا فى قياس الحالة الصحية للسكان ألا وهما معدل العمر المتوقع (life expectancy) ومعدل وفيات الرضع (infant mortality).

شكل (١-١)

معدلات العمر المتوقع عند الولادة ووفيات الرضع، الولايات المتحدة ١٩٠٠م و١٩٥٠م و١٩٩٨م



المصدر بتصرف من:

Health United States1999, National Center for Health Statistics, Public Health Service, 1999.

ولم تتحقق هذه النتائج من تلقاء نفسها، وإنما نتجت بوصفها محصلة للقرارات والأفعال التى تمثل مجتمعة جهود ممارسة الصحة العامة. هذه هى قصة ممارسة الصحة العامة وفوائدها العديدة وأهميتها فى حياتنا والتى سوف تكون موضوع تركيز هذا الكتاب. وعطفًا على هذه السلسلة من الإنجازات المثيرة للإعجاب، يبدو أن قصة الصحة العامة ستكون سهلة السرد. ولكن ولأسباب عدة لن يكون الحال كذلك. وبسبب صعوبة سرد قصتها، يلازم الصحة العامة سوء الفهم من قبل كل من المستفيدين الرئيسيين منها، وهم عامة الناس، وأولئك المشتغلون بها بتفانٍ وإخلاص.

وعلى الرغم من أن نتائج جهود الصحة العامة فى مجالات تحسين المستوى الصحى والأمراض التى تمت الوقاية منها والموارد النادرة التى تم توفيرها والتحسن الذى طرأ على جودة حياة الفرد أكثر وضوحًا اليوم عما كان عليه الحال فى الماضى، إلا أن الغالبية من الناس يخفقون فى ربط الصحة العامة بنتائجها. ويستدعى هذا إجراء تقديم أكثر قابلية للفهم لماهية الصحة العامة وكيفية عملها حتى تصبح عملية ربط نتائج الصحة العامة بمصادرها أمرًا سهلاً.

هذا الفصل بمنزلة مقدمة للصحة العامة يتم فيه ربط المفاهيم الأساسية بالممارسة العملية ويأخذ فى الاعتبار الأسئلة الثلاثة التالية:

- ما هى الصحة العامة؟
- من أين أتت؟
- هل هى مهمة فى أمريكا الحديثة؟

للإجابة عن هذه الأسئلة، يبدأ هذا الفصل بوصف للتطور التاريخى لأنشطة الصحة العامة فى الولايات المتحدة الأمريكية. ثم يستعرض عدداً من التعريفات والتصورات لماهية الصحة العامة ويستكشف بعضًا من خصائصها الفريدة. ويختم هذا الفصل بطرح بعض التأملات لقيمة الصحة العامة باستخدام مدلولات بيولوجية واقتصادية وإنسانية.

وتوفر مواضيع هذه الفصل مجتمعة القاعدة لفهم ماهية الصحة العامة وتبين أهميتها. كما سوف يتم فى هذا الفصل تقديم إطار فكرى يتطرق لموضوع الصحة العامة مستعينًا بمنظور النظم لإيضاح أبعاد نظام الصحة العامة ويسهل فى عملية فهم الصور المتعددة للصحة العامة التى توجد فى أمريكا الحديثة. وسوف نلاحظ، كما كان الحال فى قصة مكفوفى البصر الذين يحاولون وصف فيل، بأن الأمريكيين قد أخطؤوا فى الاعتقاد بأن

عنصراً ما من العناصر المختلفة لنظام الصحة العامة هو فى الواقع كل ذلك النظام. وسوف تعرض وتناقش الفصول اللاحقة من هذا الكتاب العناصر والأبعاد المتعددة لنظام الصحة العامة.

نبذة تاريخية مختصرة عن تاريخ الصحة العامة فى الولايات المتحدة الأمريكية:

المؤثرات المبكرة فى الصحة العامة الأمريكية:

على الرغم من أن التاريخ الكامل للصحة العامة فى حد ذاته يُعدُّ قصة زاخرة بالأعمال البطولية، فسوف يقتصر هذا الجزء من الكتاب على تقديم لمحات مختارة منه. ويفى بالغرض مجرد القول بأنه عندما تصورت الحضارات القديمة بأن المرض هو تجلى للقوى الخارقة للطبيعة، شعرت تلك الحضارات أيضًا بأن بذل بعض الجهود الشخصية أو المجتمعة تجاه المرض لايزال ممكنًا. ولقد كان المرض ولقرون عديدة مضت مرادفًا للوباء. وكانت أمراض، مثل الأوبئة المروعة من الأمراض المعدية كالطاعون والجذام والكوليرا، جميعًا حوادث يجب تقبلها. وظل الحال كذلك حتى ما يسمى عصر المنطق والتنوير (Age of Reason and Enlightenment) عندما بدأت بصورة جدية التحقيقات العلمية فى تحدى المسلمات الشائعة فى المجتمع. وفى آخر الأمر، سنحت الفرصة للتوسع فى الأساس العلمى والمعرفى وأن يكافأ بسخاء.

ومع مجىء الثورة الصناعية والإمبريالية كانت الأوضاع مهيأة للأمراض الوبائية ليزداد فتكها الرهيب فى المجتمع البشرى. وكلما ازداد تحول التجمعات البشرية من الريف إلى المناطق الحضرية لأغراض التجارة والصناعة تردت أوضاع الصحة العامة. وقد اشترك عاملا التكتلات السكانية – والتى عاشت فى أوضاع غير صحية وكانت تعمل لساعات طويلة فى صناعات استغلالية غير آمنة – والموجات المتتالية من الكوليرا والجدرى والتيفوئيد والدرن والحمى الصفراء وغيرها من الأمراض ليحققا معادلة الكارثة، والتى حلت مرة تلو الأخرى عبر العالم وكان حلولها أشد عنفًا وأكثر تكرارًا فى المدن الصناعية الساحلية التى شكلت مرافئ لدخول الأمراض المنقولة خفية على متن البواخر جنبًا إلى جنب مع البضائع التجارية. وتفسر هذه التجربة وما تلاها من تعرض مختلف الثقافات لهذه الأمراض بشكل جزئى كيف استطاعت زمر صغيرة من الأوربيين أن تتغلب وتخضع أغلبية الثقافات الأمريكية الأصلية. ولقد عملت مشاهد عدم تأثر الأوربيين بكوارث مثل الجدرى على تعميق الاعتقاد بأن هؤلاء الزوار ذوى البشرة الفاتحة كانوا أناسًا خارقين للعادة ولا يتأثرون بالقوى الطبيعية[٤].

وكان للمستعمرات البريطانية فى أمريكا الشمالية والولايات المتحدة، الحديثة النشأة فى ذلك الوقت، نصيبها من العبء. حيث تؤرخ المفكرات اليومية الأمريكية فى القرنين السابع عشر والثامن عشر الانقضاض الضارى لهذه الأمراض المعدية الواحد تلو الآخر. ولقد تركت هذه الأوبئة علاماتها الفارقة على الأسر والجماعات وحتى التاريخ. فعلى سبيل المثال، استلزم الأمر نقل العاصمة الوطنية إلى خارج مدينة فلادلفيا (العاصمة الوطنية للولايات المتحدة فى ذلك الوقت) بسبب الآثار المدمرة التى خلفها وباء الحمى الصفراء الذى تعرضت له المدينة فى عام ١٧٩٣م. وقد دفع هذا الوباء سلطات المدينة إلى إنشاء أول مجالسها الصحية فى السنة ذاتها.

وكان تشكيل المجالس المحلية التى ضمت المواطنين البارزين لأول المجالس الصحية إحدى الاستجابات الأولى لمحاربة الأوبئة. وتعتبر هذه الاستجابة ذات دلالة مهمة حيث إنها شكلت المحاولة الأولى لمحاربة الأوبئة بصورة جماعية. وبما أن العلم لم يتوصل بعد إلى اكتشاف أن الكائنات المجهرية هى المسببة للأوبئة، كان تجنب الإصابة بهذه الأوبئة هو النهج الرئيسى المتبع. وقصد به فى ذلك الوقت إخلاء المكان حتى يزول الوباء أو عزل المصابين أو من تعرضوا حديثًا للأمراض بناء على أسس تمتزج بالخوف والعادات والتقاليد والتخمين العلمى. ولكن حدث عدد من التطورات التى ساعدت على ترجيح الكفة لصالح أساليب مقاومة أكثر فعالية.

ويوضح الجهد الذى قام به رواد الصحة العامة الأوائل، مثل إدوارد جنر (Edward Jen-ner) وجون سنو (John Snow) وإيدوين شادويك (Edwin Chadwick)، قيمة وفائدة الصحة العامة حتى وإن تم تطبيق أساليبها فى محيط من الشك العلمى. بفترة طويلة قبل أن ينتج عن افتراضات كوش (Koch) الأساليب العلمية لربط البكتيريا كمسبب لبعض الأمراض المحددة، وقبل أن تساعد تجارب باستيور (Pasteur) فى ترسيخ نظرية الميكروب (germ the-ory)، استخدم كل من جنر وسنو المنهج الاستدلالى والحس الفطرى لمحاربة الجدرى والكوليرا على التوالى. فى عام ١٧٩٦م، استخدم جنر بنجاح لقاحًا ضد مرض عاث فساداً فى التجمعات السكانية فى جميع أنحاء العالم وكانت تلك هى الخطوة الأولى لرحلة طويلة وشاقة نتج عنها القضاء التام على الجدرى بحلول عام ١٩٧٧م فى جميع مخابئه البشرية فى كل بلد من بلاد العالم.

كما أسهمت إنجازات سنو بصورة أكبر فى تطور فن وعلم الصحة العامة. فى عام ١٨٤٨م، استطاع سنو أن يرجع سبب تفشى وباء الكوليرا فى ذلك العام إلى مياه بئر

تزود بها مضخة فى شارع برود (Broad Street) وساعد ذلك على تجنب إصابة المئات بل الآلاف بالكوليرا. وفى عام ١٨٥٤م، استطاع سنو أيضًا أن يبرهن بالتجربة أن تفشيًا كبيرًا آخَر لوباء الكوليرا يمكن إرجاعه تحديداً إلى إحدى شركات المياه التى كانت تزود شبكتها بالمياه من الجزء السفلى لمجرى نهر التايمز (Thames River) من لندن وبأن شركة مياه أخرى كانت تتزود بالمياه من الجزء العلوى لمجرى النهر من لندن لم تربط بأى حالات من الكوليرا. وفى كلتا الحالتين، كانت لقدرة سنو على جمع وتحليل البيانات الفضل فى تحديد العلاقة السببية والتى بدورها مكنته من تطبيق الإجراءات التصحيحية اللازمة والتى حالت دون إصابة حالات إضافية. وتحقق كل هذا بدون الاستفادة من المعرفة بوجود بكتيريا صغيرة غريبة الشكل محمولة فى المياه وتنتقل من شخص إلى شخص آخر عن طريق اتصال اليد بالفم!

كما أجرى المجلس الصحى العام لبريطانيا (England's General Board of Health) تحرياته الخاصة به حول حالات تفشى المرض تلك وخلص إلى أن السبب يرجع للهواء وليس لتلوث المياه[٥]. ولكن كان الأسلوب الذى اعتمد عليه المجلس هو جمع كم هائل من المعلومات وقبول ما يدعم وجهة نظره حول سبب المرض. وهذا على النقيض من سنو الذى اختبر فرضيته بطريقة منظمة وفحص حقائق تتناقض مع توقعاته الأولية.

وكان شادويك قائداً رسميًا لما أصبح يعرف فيما بعد بالحركة الصحية (sanitary movement) فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر. فقد لعب دوراً كبيراً فى تشكيل دور ومسئوليات الحكومة فى حماية صحة العامة فى عدد من الوظائف الرسمية التى اشتغل بها. ونتيجة للقلق المتنامى حول الأوضاع الاجتماعية والصحية فى بريطانيا، تم تأسيس المجلس الوطنى للتحصين (National Vaccination Board) فى عام ١٨٣٧م. وبعد ذلك بفترة قصيرة، طرح تقرير شادويك حول الأوضاع الصحية للطبقة العاملة فى بريطانيا العظمى (Report on an Inquiry into the Sanitary Conditions of the Laboring Population of Great Britain) ، وبشكل مفصل، إطاراً نظريًا للأنشطة العامة على نطاق واسع. وكان هذا التقرير بمنزلة برنامج العمل للحركة الصحية المتنامية. وكان تأسيس المجلس الصحى العام فى عام ١٨٤٨م واحدة من النتائج التى ترتبت على التقرير. وتعود جذور اهتمام شادويك بالصحة العامة إلى حركة المنفعة (utilitarian movement) لجرمى بنثام (Jeremy Bentham). ويرى شادويك أن المرض هو المسبب للفقر والذى بدوره يعتبر مسئولاً عن العلل الاجتماعية الضخمة فى ذلك الوقت وتشمل الاضطراب الاجتماعى والضرائب

المرتفعة بغرض توفير الخدمات الاجتماعية العامة[٦]. وينظر هذا الرأى إلى الارتباط بين الفقر والصحة بمنظور مختلف نسبيًا عن الآراء المعاصرة حول هذا الموضوع. فالاعتقاد الأكثر شيوعًا اليوم هو أن اعتلال الصحة هو نتيجة للفقر وليس سببًا له.

كما كان شادويك مشاركًا رئيسيًا فى الجدل العلمى والسياسى إلى حد ما الدائر داخل الحكومة البريطانية حول ما إذا كان بالإمكان إرجاع الوفيات لأسباب متعلقة بالأوضاع الإكلينيكية أو لمسبباتها الضمنية مثل الجوع والفقر. وكانت وجهة نظر شادويك أن العوامل الباثولوجية، مقارنة بالعوامل الإجتماعية والسلوكية غير المباشرة، هى ما يجب الأخذ بها أساسًا لتصنيف الوفيات[٦]. وقد تغلبت وجهة نظر شادويك بالرغم أن الجدل حول هذا الموضوع لايزال مستمرًا إلى اليوم. وكان ويليام فار (William Farr)، الملقب أحيانًا بمؤسس الإحصاءات الحيوية الحديثة (the father of modern vital statistics)، على رأس وجهة النظر المعارضة.

فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر ونتيجة لتطور أساليب هندسة الصحة والبيئة، توافرت وسائل للتدخل أكثر فعالية لمواجهة الأوبئة. بالإضافة إلى ذلك، مهدت الاكتشافات العلمية فى هذه الفترة السبيل لجهود السيطرة الحديثة على المرض الموجهة إلى مجهريات محددة.

تطور أنشطة الصحة العامة على المستوى المحلى ومستوى الولاية فى الولايات المتحدة:

فى الولايات المتحدة، رسم تقرير ليمويل شاتك (Lemuel Shattuck) للوكالة الصحية فى ولاية ماسوشيست (Report of the Sanitary Commission of Massachusetts)فى عام ١٨٥٠م الخطوط العريضة لاحتياجات الصحة العامة القائمة والمستقبلية لتلك الولاية وأصبح بمنزلة برنامج أمريكا لتطوير نظام الصحة العامة. وقد كلف شاتك بتأسيس الإدارات الصحية على مستوى الولاية وعلى المستوى المحلى لتنظيم الجهود العامة الموجهة للتفتيش الصحى والسيطرة على الأمراض المعدية وصحة الأغذية والإحصاءات الحيوية والخدمات الخاصة بالرضع والأطفال. وعلى الرغم من أن تقرير شاتك مماثل لجهود شادويك فى بريطانيا العظمى، إلا أن توصياته لم تحظ بالقبول إلا بعد مرور عشرات السنين. وفى آخر الأمر وفى الجزء الأخير من القرن، آن الآوان لبعد نظر شاتك وتوصياته ذات الآثار بعيدة المدى بأن تأخذ حيز التطبيق وعلى نطاق واسع. وبإدراك

أرحب لأهمية التحكم البيئى فى المياه والصرف الصحى ولدور أنظمة سيطرة معينة (تشتمل على الحجر الصحى والعزل والتحصين) فى أمراض محددة – عزز إنشاء دوائر الصحة المحلية لتأدية هذه المهام الدور الذى تلعبه مجالس الصحة المحلية فى هذا الشأن، وحلت محلها فى بعض الحالات.

ولقد تطورت دوائر الصحة المحلية هذه بشكل سريع فى الموانئ وغيرها من المراكز الحضرية الصناعية. وقد بدأت بإدارة الصحة فى بلتيمور (Baltimore) فى عام ١٧٩٨م وكان السبب هو وصول المشاكل فى تلك المدينة إلى مستويات غير مقبولة. ويحتوى ملحق (١–أ) على توضيح لجهود الصحة العامة على المستوى المحلى حيث يرصد أنشطة الصحة العامة فى مدينة شيكاغو (chicago) من عام ١٨٥٣م وحتى عام ١٩٩٩م. ويعتبر التاريخ الملخص فى الملحق المذكور مشابهًا لتاريخ المدن الأمريكية الأخرى عبر القرنين التاسع عشر والعشرين.

ولأن الأخطار الوبائية والبيئية لا تعترف بحدود السيادة المحلية؛ بدأت الولايات بإنشاء مجالسها ودوائرها الخاصة بها بعد عام ١٨٧٠م. وكانت هذه الدوائر تمتلك سلطات واسعة لحماية صحة وأرواح المقيمين فى الولاية على الرغم من أن الغرض الواضح فى ذلك الوقت هو أن تستخدم تلك السلطات لمحاربة الأوبئة والأمراض المعدية. وفى الفصول اللاحقة من هذا الكتاب سوف نعود إلى التطرق لهذه السلطات والمهام؛ لأنها كانت المحفز والعائق، فى آن واحد، لما يمكن عمله عند التطرق لمواضيع ومشاكل الصحة العامة المعاصرة.

أنشطة الصحة العامة على المستوى المركزى فى الولايات المتحدة

لن يكون هذا الوصف لتطور الصحة العامة فى الولايات المتحدة مكتملاً بدون نقاش مختصر عن أدوار وسلطات الحكومة الفيدرالية. تعتبر السلطات الصحية الاتحادية، حسب ما عددها دستور الولايات المتحدة (U.S. Constitution) على الأقل، محدودة جداً. وسوف يصاب البعض بالدهشة عندما يعلم بأن كلمة الصحة ليس لها حتى وجود فى الدستور. ونتيجة لعدم كونها سلطة ممنوحة للحكومة الفيدرالية (مثل الدفاع والتمثيل الدبلوماسى الخارجى والتجارة الخارجية والتجارة بين الولايات وسك النقود)، أصبحت الصحة سلطة تمارس من قبل الولايات أو يحتفظ بها الناس لأنفسهم.

هناك فقرتان فى الدستور تم تفسيرهما عبر مرور الوقت بشكل يسمح بأدوار فيدرالية فى مجال الصحة تنسجم مع المفهوم الذى يعرف بالسلطات الضمنية اللازمة لممارسة السلطات الصريحة. وهاتان الفقرتان هما القدرة على فرض الضرائب لتمويل أغراض توفير الرعاية الاجتماعية العامة "general welfare" (وهو اصطلاح يظهر فى كل من مقدمة ونص الدستور) والسلطة الخاصة بتقنين التجارة الخارجية والتجارة بين الولايات. وقد أتاحت هذه المنافذ للحكومة الاتحادية المجال لوضع قدمها فى القطاع الصحى، وكان ذلك فى البداية من خلال مستشفى الخدمة البحرية (the Marine Hospital Service)، والذى أصبح فيما بعد مصلحة الصحة العامة (Public Health Service). وبعد إقرار التعديل السادس عشر للدستور فى عام ١٩١٦م، والذى منح صلاحية فرض ضريبة دخل قومية، اكتسبت الحكومة الاتحادية القدرة على تحصيل مبالغ مالية ضخمة والتى وجهت فيما بعد لدعم الخدمات الاجتماعية للجماعة. وكانت الوسائل المستخدمة لهذا الغرض مجموعة منوعة من المنح الحكومية للسلطات على مستوى الولايات وعلى المستوى المحلى. وابتداء من عام ١٩٦٠م، دفعت برامج المنح الحكومية الاتحادية المخصصة لسد الفجوات فى نظام الرعاية الطبية بسلطات الولايات والسلطات المحلية أكثر فأكثر فى مجال تقديم الخدمات الطبية. وتبع ذلك بفترة وجيزة برامج منح اتحادية فى مجالات اجتماعية أخرى مثل إدمان المخدرات والصحة النفسية والخدمات الوقائية للتجمعات السكانية. ولم يقتصر التوسع الاتحادى فى هذه المجالات على استخدام الوسائل السالفة الذكر فقط.

قبل عام ١٩٠٠م، وربما حتى حلول الكساد العظيم (Great Depression)، لم يكن الأمريكيون يعتقدون بأن للحكومة الاتحادية أن تتدخل فى ظروفهم الاجتماعية. ولكن القيم الاجتماعية تحولت خلال فترة الكساد، وهى مرحلة من انعدام الأمن الاجتماعى والحاجة، بحيث سمح للحكومة الفيدرالية، بل توقع منها، أن تتدخل. وسوف تتوسع الفصول اللاحقة من الكتاب فى الحديث عن تنامى نفوذ الحكومة الاتحادية على أنشطة الصحة العامة وتأثير ذلك على أنشطة سلطات الولايات والسلطات المحلية.

ولتسهيل عملية إيضاح الاتجاهات العريضة للصحة العامة فى الولايات المتحدة، لعله من المفيد تحديد مراحل زمنية مميزة فى تاريخها. ويستخدم العرض المبسط، المدون فى توضيح (١-١)، الأعوام ١٨٥٠م و١٩٥٠م و٢٠٠٠م كفواصل زمنية تقريبية. قبل عام ١٨٥٠م، اتسم النظام بتواتر للأوبئة من الأمراض المعدية وبقلة العمل الجماعى الممكن تجاهها. خلال الحركة الصحية (sanitary movement) فى النصف الثانى من القرن التاسع

عشر والنصف الأول من القرن العشرين، نظمت أساليب السيطرة المبنية على أسس علمية وتم نشرها من خلال البنية التحتية للصحة العامة والتى تشكلت عن طريق إدارات الصحة على المستوى المحلى وفى الولايات. بعد عام ١٩٥٠م، عملت الفجوات فى نظام الرعاية الصحية وأموال المنح الفدرالية فيما بينها لتزيد من توفير القطاع العام لمجموعة متنوعة من الخدمات الصحية. هذه الزيادة فتحت المجال لإعادة النظر فى الروابط بين الممارسة الطبية وبين ممارسة الصحة العامة. ولقد طرأ بعض الانخفاض فى الإنفاق على دور تقديم الخدمة بصورة مباشرة فى التسعينيات الميلادية. ومن غير الواضح ما إذا كان بالإمكان اعتبار ذلك بدايةً لمرحلة رابعة للصحة العامة. وكما سوف نوضح فى الفصول اللاحقة من هذا الكتاب، ربما يكون فى انتظارنا حقبة جديدة للصحة العامة تركز على ممارسة الصحة العامة الموجهة من قبل التجمعات السكانية.

توضيح (١-١)
المراحل الزمنية الرئيسية لتاريخ الصحة العامة فى الولايات المتحدة

قبل عام ١٨٥٠م	الأوبئة: التجنب والقبول.
١٨٥٠ - ١٩٤٩م	الإصلاحات الصحية من خلال البنية التحتية للولايات والمحليات.
١٩٥٠ - ١٩٩٩م	فجوات فى الرعاية الطبية وبرنامج عمل توسعى.
بعد عام ١٩٩٩م	ممارسة الصحة العامة المشتركة.

انطباعات وتعريفات الصحة العامة:

يوفر التطور التاريخى لأنشطة الصحة العامة فى الولايات المتحدة الأساس لفهم ماهية الصحة العامة اليوم. وعلى الرغم من ذلك فإن اصطلاح الصحة العامة يوحى بانطباعات مختلفة بين عامة الناس وبين أولئك الذين نذروا أنفسهم لتحسينها. بالنسبة للبعض، يصف المصطلح مشروعاً أو نظاماً اجتماعياً واسع النطاق.

بالنسبة للبعض الآخر، يصف المصطلح المحترفين والقوى العاملة ممن يتطلب عملهم حل بعض المشاكل الصحية المهمة. فى اجتماع عقد فى بداية الثمانينيات الميلادية بغرض التخطيط لحملة توعية على مستوى إحدى التجمعات السكانية للحث على التبكير فى الحصول على الرعاية الصحية فى أثناء الحمل؛ بهدف خفض الوفيات بين الأطفال حديثى الولادة - أشار مدير للعلاقات العامة فى إحدى محطات التلفاز الكبيرة ببعض الملاحظات

التى تعكس وجهة النظر هذه. فعندما سئل عما إذا كانت محطته قد أسهمت فى الماضى فى الجهود المبذولة لخفض الوفيات بين الأطفال حديثى الولادة، أجاب " لو أنكم أيها القائمون على الصحة العامة تؤدون عملكم على الوجه الأكمل، لما دعينا نحن لتقديم العون لكم". ومن الواضح أن هذا الرجل قد تصور الصحة العامة مجموعة لا ينتمى هو إليها.

وانطباع آخر عن الصحة العامة أيضًا هو مجموعة المعارف والتقنيات التى يمكن تطبيقها على المشاكل المرتبطة بالصحة. وهنا ينظر للصحة العامة من زاوية ما تعمله الصحة العامة.

وبصورة مشابهة، يعتقد كثير من الناس أن الصحة العامة هى فى الأصل الأنشطة الموكلة لمؤسسات الصحة العامة الحكومية. وللأغلبية من الناس فإن هذا الانطباع يمثل الصحة العامة فى الولايات المتحدة وينتج عنه الاعتقاد الشائع بأن الصحة العامة هى فى الأصل تتمثل فى تقديم الرعاية الطبية للفئات الفقيرة فى المجتمع.

والانطباع الأخير عن الصحة العامة هو أنها تمثل النتائج المرجوة من تلك الجهود. ومن هذا المنظور فإن الصحة العامة ببساطة هى صحة الناس مقدرة بمعايير الصحة والمرض فى المجتمع.

وسوف يركز هذا الفصل من الكتاب بشكل رئيس على الانطباع الأول؛ الصحة العامة مشروعًا أو نظامًا اجتماعيًا. وسوف تبحث الفصول اللاحقة كلاً من الانطباعات الأخرى للصحة العامة. ولعله من المهم فهم ما يعنيه الناس عندما يتحدثون عن الصحة العامة. وكما هو ملخص فى توضيح (١-٢)، فإن المهنة والأساليب والخدمات الحكومية والنتائج النهائية وحتى المشروع الإجتماعى فى حد ذاته، هى جميعها تصورات حول ماهية الصحة العامة اليوم وتصادف بصورة شائعة.

توضيح (١-٢)

الانطباعات عن الصحة العامة

- الصحة العامة: النظام والمشروع الاجتماعى.
- الصحة العامة: المهنة.
- الصحة العامة: الأساليب (المعارف والتقنيات).
- الصحة العامة: الخدمات الحكومية (وخاصة الرعاية الطبية للفقراء).
- الصحة العامة: صحة المجتمع.

ومع تعدد التصورات حول ماهية الصحة العامة، فإننا لا نتوقع وجود عجز فى تعريفاتها. حيث يوجد العديد منها ومحاولة استعراض كل هذه التعريفات هنا لن يخدم إلا أغراضًا محدودة. ويوجد ثلاثة تعريفات، يفصل بين كل واحد منها جيل من الزمن، تحث على التبصر فى ماهية الصحة العامة، ويلخص توضيح (١-٣) هذه التعريفات.

فى عام ١٩٨٨م، طرح معهد الطب ((Institute of Medicine (IOM)) المرموق تعريفًا عمليًا لمفهوم الصحة العامة فى دراسته عن الصحة العامة فى الولايات المتحدة والتى شكلت نقطة تحول مهمة وحملت عنوان "مستقبل الصحة العامة" (The Future of Public Health). وقد وصف تقرير معهد الطب رسالة الصحة العامة بأنها "تحقيق رغبة المجتمع فى تأمين الظروف الملائمة التى يعيش فيها الناس أصحاء."[(٧ ص٧)] ويلفت هذا التعريف انتباهنا إلى عدد من العوامل التى تؤثر فى الصحة والعافية، ويشير إلى منظور الصحة العامة الواسع ويعترف بأهمية دورها فى الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والرعاية الطبية المؤثرة فى الصحة والمرض. كما أن فرضية التعريف التى تقول بوجود مصلحة لدى المجتمع فى صحة أفراده توحى بأن تحسين الظروف والحالة الصحية للآخرين هما بمنزلة السعى لمصالحنا الذاتية. كما أن التأكيد على أن تحسين الحالة الصحية للآخرين يوفر منافع للجميع هو إحدى القيم الأساسية للصحة العامة.

توضيح (١-٣)
تعريفات مختارة للصحة العامة

- "علم وفن الوقاية من المرض، وإطالة الحياة وتعزيز الصحة والفعالية من خلال الجهد المنظم للمجتمع" [٨ (ص ١٨٣)]
- "التغيير المتتابع لغير المقبول" [٩ (ص ٦٠٠)]
- "تحقيق رغبة المجتمع فى تأمين الظروف الملائمة التى يعيش فيها الناس أصحاء" [٧ (ص٧)]

المصدر:

Data from Institute of Medicine, National Academy of Science, The Future of Public Health, © 1988, National Academy Press; C.E.A. Winslow, The Untitled Field of Public Health, Medicine, Vol. 2, pp. 183-191, © 1920; and G. Vickers, What Sets the Goals of Public Health?, Lancet, Vol. 1, pp. 599-604, ©1958.

وتظهر قيمة أساسية أخرى للصحة العامة فى استخدام تعريف معهد الطب لاصطلاح تأمين (assuring). ويعنى تأمين الظروف الملائمة التى يعيش فيها الناس أصحاء السعى الجاد والحثيث لدعم وحماية رغبة كل شخص فى الصحة والرفاهية. وتوحى هذه القيمة بالحكمة فى القول الإفريقى المأثور والشائع الاستخدام والذى يقول "تحتاج إلى قرية لتنشئة طفل." وصف ذات مرة كبير الأطباء (Surgeon General) ديفيد ساتشر (David Satcher)، وهو أول أمريكى من أصل إفريقى يتقلد منصب رئيس أكثر مؤسسة فيدرالية للصحة العامة فى الولايات المتحدة حظيت بالاحترام – مراكز السيطرة والوقاية من المرض (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)) – إحدى زياراته لأفريقيا عندما قابل مجموعة من المراهقين الأفارقة ليتقصى بشكل مباشر عن توجهاتهم وسلوكياتهم الصحية الشخصية. ولقد صدم بقلقهم بشأن التحضر الجارى فى عدد من البلدان الأفريقية والتغيرات السريعة المؤثرة فى ثقافتهم وشعورهم بالانتماء إلى الجماعة. ولقد شعر هؤلاء الصغار بالضياع وبالتخلى عنهم، واستفسروا من ساتشر عما سوف تقوم به كل من مراكز السيطرة والوقاية من المرض (CDC) والحكومة الأمريكية والمجتمع الدولى لمساعدتهم فى التعايش مع هذه المتغيرات. وكما وصف الأمر أحد هؤلاء الشبان الصغار عندما تساءل: "متى نجد قريتنا؟". ودور الصحة العامة هو خدمتنا جميعًا كما تقوم بذلك قريتنا سواء كنا مراهقين فى أفريقيا أو بالغين فى الولايات المتحدة. ولقد أيد وصف تقرير معهد الطب للصحة العامة مثل هذا المشروع الاجتماعى وكان بمنزلة بيان فلسفى للهدف والغرض.

ولقد سعى تقرير معهد الطب لتحديد معالم الصحة العامة عن طريق تحديد ثلاث وظائف رئيسية للصحة العامة: التقييم وتطوير السياسات والتأمين. ومن خلال فهم معين، يمكن مقارنة هذه الوظائف بتلك الوظائف التى عادة ما تحدد لنظام الرعاية الطبية: التشخيص والعلاج. والتقييم (assessment) هو المرادف للتشخيص (diagnosis) فيما عدا أن التشخيص هنا، أو تحديد المشكلة، يتم لمجموعة أو فئة سكانية من الأفراد. وبالمثل فإن التأمين (assurance) هو مرادف للعلاج (treatment) و يوحى بأن الدواء أو الإجراءات العلاجية قد وضعت فى مكانها المناسب. وأخيرًا تطوير السياسات (Policy Develop-ment) وهو دور وسيط ويشمل اتخاذ القرار بصورة جماعية بشأن أنسب الأدوية أو الإجراءات العلاجية للمشاكل المحددة (ويمكن تصور عملية تحديد خطة العلاج بأنها المرادف فى النظام الطبى). تصف هذه الوظائف الرئيسية ما تقوم بعمله الصحة العامة

(مقارنة بماهيتها) وسوف يتم التعرض لها بشكل موسع فى الفصول اللاحقة من هذا الكتاب.

تظهر أيضاً المفاهيم التى تضمنها تعريف معهد الطب وبصورة أقل تجريدية فى تعريف وينسلو (Winslow) المطروح منذ أكثر من ثمانين سنة مضت. ويصف تعريفه كلاً من الماهية والكيفية للصحة العامة. وهو تعريف شامل اجتاز امتحان الزمن عندما وصف الصحة العامة بأنها: "... علم وفن الوقاية من المرض وإطالة الحياة وتعزيز الصحة والفعالية، من خلال الجهد المنظم للمجتمع؛ من أجل صحة البيئة والسيطرة على الأمراض المعدية وتثقيف الفرد فى مجال الصحة الشخصية وتنظيم الخدمات الطبية والتمريضية بغرض التشخيص المبكر والعلاج الوقائى للمرض؛ ومن أجل تطوير الآليات الاجتماعية الضرورية التى تكفل لكل فرد المستوى المعيشى الملائم لضمان صيانة الصحة، وكذلك تنظيم هذه المنافع ليتمكن كل مواطن من بلوغ حقه الطبيعى فى الصحة وطول العمر". (٨ ص١٨٣)

هناك الكثير مما هو جدير بالتأمل فى تعريف وينسلو. حيث تلخص عبارات مثل "علم وفن" و"الجهد المنظم للمجتمع" و"الحق الطبيعى فى الصحة وطول العمر" جوهر وأهداف الصحة العامة. كما أن ما احتوت عليه قائمة وينسلو من أساليب تلقى الضوء على نطاق الجهد، المتضمن تصدى الصحة العامة المبكر للأخطار الوبائية والبيئية والأنشطة الحديثة المتعلقة بالتنظيم والتمويل والمسئولية عن خدمات الرعاية الطبية. كما أن إشارته غير المباشرة إلى "الآليات الاجتماعية الضرورية التى تكفل لكل فرد المستوى المعيشى الملائم لضمان صيانة الصحة" تدل على العلاقة بين الظروف الاجتماعية والصحة فى كل المجتمعات.

وهناك محاولات أخرى لتعريف الصحة العامة علماً بأن تلك المحاولات لم تسترع نفس الاهتمام الذى لاقته تعريفات كل من وينسلو أو معهد الطب. ويقوم العديد من تلك التعريفات على الملاحظة بأن أنشطة الصحة العامة عبر الوقت تعكس التفاعل بين المرض وبين ظاهرتين يمكن وصفهما بصورة تقريبية على أنهما العلم والقيم الاجتماعية: ماذا نعرف، وماذا نختار أن نعمل بتلك المعارف؟

قبل أربعين عام، قدم جيفرى فيكرز (Geoffrey Vickers)، وهو صناعى بريطانى بارز، إضافة شيقة لهذا المزيج من التعريفات عندما كان يعمل أميناً لمجلس البحوث الطبية (Sec-retary of the Medical Research Council). فى محاولته لتحديد القوى التى تضع البرنامج

للصحة العامة، أشار فيكرز "بأن الأحداث السياسية والاقتصادية والاجتماعية البارزة فى التاريخ هى مراحل من التطور تحدث عندما تحولت بعض الأوضاع من حالة القبول إلى حالة لا تطاق. وأعتقد بأن تاريخ الصحة العامة يجب أن يكتب على أنه سجل من التغيير المتتابع لغير المقبول" (٩ ص ٦٠٠).

وتبرز فائدة تعريف فيكرز فى تركيزه على نقاط التماسّ الحساسة والمتغيرة بين العلم والقيم الاجتماعية. ومن خلال هذا المنظور، يمكن لنا أن نتعقب أثر الصحة العامة عبر التاريخ، ويمهد الطريق لمعرفة لماذا وكيف اختلف تعامل المجتمعات الإنسانية مع الأخطار الصحية فى مراحل مختلفة عبر الزمان والمكان. وفى هذا الإطار، يمكن اعتبار الصحة العامة مزيجًا مختلطًا من المعارف والقيم الاجتماعية يشكل أنماط الاستجابة للمشاكل التى تتطلب فعلاً جماعيًا بعد تخطيها من حدود المقبول إلى غير المقبول.

ويعطى كل واحد من التعريفات السابقة تصورات مهمة لماهية الصحة العامة ولما تقوم به. وتصف هذه التعريفات، بشكل منفرد أو مجتمعة، مشروعًا اجتماعيًا مهمًا وفريدًا كما سوف نرى فى الأجزاء اللاحقة من هذا الكتاب.

الصحة العامة نظامًا:

والآن ما هى الصحة العامة؟ ربما لا توجد إجابة واحدة ترضى كل شخص. وفى الواقع يوجد عدد من الآراء حول الصحة العامة والتى يجب أخذها فى الاعتبار عندما يُطرق الموضوع. واحد أو أكثر من تلك الآراء يبدو واضحًا للسائل. والصحة العامة الموصوفة فى هذا الفصل هى مشروع اجتماعى واسع النطاق، شبيه بالحركة (move-ment)، يهدف إلى أن تعم منافع المعرفة الحديثة بشكل ينتج عنه أكبر أثر ممكن على الحالة الصحية للمجتمع. وتقوم بذلك عن طريق تحديد المشاكل التى تتطلب عملاً جماعيًا لحماية وتعزيز وتحسين الصحة من خلال إستراتيجيات وقائية فى المقام الأول. والصحة العامة هنا تعتبر فريدة من حيث اعتمادها على أساليب وطرق متعددة من العلوم والمعارف وتركيزها على إستراتيجيات وقائية وارتباطها بصناعة القرار الحكومى والسياسى وقدرتها الديناميكية على التأقلم مع المشكلات الجديدة المطروحة على جدول أعمالها. وفوق كل شيء آخر، هذه الصحة العامة هى جهد مشترك لتحديد ومعالجة الواقع غير المقبول الذى يتمخض عن النتائج الصحية التى يمكن الوقاية منها وتجنبها وهى تركيبة من الجهود والنشاطات التى تؤدى من قبل أناس نذروا أنفسهم لهذه الغايات.

وبهذا المنظور الواسع للصحة العامة بوصفها مشروعًا اجتماعيًا، يتحول السؤال من ماهية الصحة العامة إلى ماذا تعنيه الانطباعات الأخرى للصحة العامة وكيف ترتبط هذه الانطباعات بعضها ببعض. ولفهم هذه الانطباعات المتفرقة عن الصحة العامة، لعله من المفيد أن نستعين بإطار فكرى. ومما يدعو إلى الدهشة هو عدم وجود إطار لربط هذه الأجزاء بعضها ببعض. وقد أوجدت الحقول الأخرى لنفسها طرقًا لوصف نظمها المعقدة، ومن خلال ما يبدو بأنه نموذج إنتاج صناعى، يمكن لنا أن نبدأ فى النظر فى العناصر المتعددة لنظام الصحة العامة الخاص بنا.

ويجمع هذا الإطار بين رسالة ووظائف الصحة العامة فيما يتعلق بالمدخلات والعمليات والمخرجات والنتائج الخاصة بالنظام. ويقدم توضيح (١-٤) وصفًا عامًا للمصطلحات المستخدمة فى هذا الإطار. ومن السهل فى بعض الأحيان أن نفهم هذا الإطار بشكل جيد عندما نستخدم كمثال صناعة مألوفة كصناعة السيارات. ويمكن أن نعبر عن الرسالة أو الغرض بأنه تلبية الحاجات الشخصية للمواصلات فى المجتمع. وتقوم هذه الصناعة بتأدية رسالتها من خلال توفير سيارات الركوب لعملائها. ويصف ذلك وظيفة هذه الصناعة. ومن هذا المنظور، نستطيع الآن التعرف على مدخلات وعمليات ومخرجات وأهداف النظام الموضوع لتأدية هذه الوظيفة. فالمدخلات تشتمل على الصلب والمطاط واللدائن وغيرها وكذلك العاملين والمهارة والتكنولوجيا والمرافق والأليات والخدمات المساعدة الضرورية التى تمكن من تحويل المواد الأولية إلى سيارات. ويمكن تحديد العمليات الرئيسية الضرورية لتأدية الوظيفة الأساسية على أنها تصميم السيارات وتصنيع أو شراء القطع وتجميع القطع لتصبح سيارات ونقل السيارات إلى الموزعين وبيع السيارات ومن ثم صيانتها بعد الشراء. ومن دون شك، فإن هذا الرصد للعمليات الخاصة بهذه الصناعة هو رصد غير كامل وقصد به تبسيط العملية بغرض إيصال الفكرة. وعلى أية حال، تترجم هذه العمليات المفهوم المجرد الخاص بتزويد الناس بالسيارات إلى الخطوات التشغيلية اللازمة لتأدية هذه الوظيفة الأساسية. وتتمثل مخرجات هذه العمليات فى السيارات المعروضة فى مواقع تمكن الناس من شرائها. أما النتائج فتشمل رضا المستهلكين والأرباح التى تعود على الشركة.

توضيح (١-٤)
عناصر نظام الصحة العامة

- الإمكانات (المدخلات) ((Capacity (Inputs)):

الموارد والعلاقات الضرورية للقيام بالوظائف الرئيسية والخدمات الضرورية للصحة العامة وتشتمل على الموارد البشرية والموارد المعلوماتية والموارد المالية والمادية والعلاقات المناسبة بين عناصر النظام.

- العمليات (الممارسات والإنتاج) (Processes (Practices and Outputs):

تلك الممارسات أو العمليات المشتركة اللازمة والكافية للتأكد من أن الوظائف الرئيسية والخدمات الضرورية للصحة العامة تؤدى بشكل فعال، متضمنة العمليات الأساسية التى تحدد وتعالج المشاكل الصحية والعوامل المسببة لها والتدخلات الرامية للوقاية من الوفاة والمرض والعجز وتعزز جودة ونوعية الحياة.

- المخرجات (النتائج) ((Outcomes (Results)):

مؤشرات الحالة الصحية وخفض الخطر وتعزيز نوعية الحياة، والمخرجات هى بمنزلة أهداف بعيدة المدى تحدد مستويات مستقبلية ومثالية وقابلة للقياس للحالة الصحية والمستويات العليا المقبولة من المرض والإصابة والعجز الوظيفى أو شيوع العوامل المنشئة للخطر.

المصدر بتصرف من:

Public Health Practice Program Office, 1990, Centers for Disease Control and Prevention.

ومن الممكن تطبيق هذا الإطار العام على نظام الصحة العامة وإن لم يكن ذلك بنفس الدرجة من الوضوح بالنسبة لعامة الناس. ولقد تم وصف رسالة ووظائف الصحة العامة بشكل واضح فى إطار تقرير معهد الطب. كما أن الوظائف الرئيسية المشتملة على التقييم وتطوير السياسات والتأمين هى فى الواقع مفاهيم أكثر تجريداً من صناعة السيارات، ولكن لايزال بالإمكان تفعيلها أو إعطاؤها الصبغة التشغيلية من خلال وصف خطواتها وتطبيقاتها الرئيسية [١٠،١١]. وتشمل مدخلات نظام الصحة العامة مواردها البشرية والتنظيمية والمعلوماتية والمالية وغيرها من الموارد الأخرى. وهذه الموارد والعلاقات منظمة لتأدية الوظائف الرئيسية من خلال عدد من العمليات التى يمكن تسميتها أيضاً ممارسات أو خدمات الصحة العامة الحيوية (essential public health practices or services). وتشمل هذه العمليات على تدخلات متنوعة والتى تنتج عن بعض العمليات الأولية مثل تحديد الاحتياجات الصحية وتخطيط إستراتيجيات فعالة [١٢]. والهدف من هذه العمليات الإنتاجية أو التدخلات هو تحقيق النتائج المطلوبة والتى يمكن وصفها فى حالة الصحة

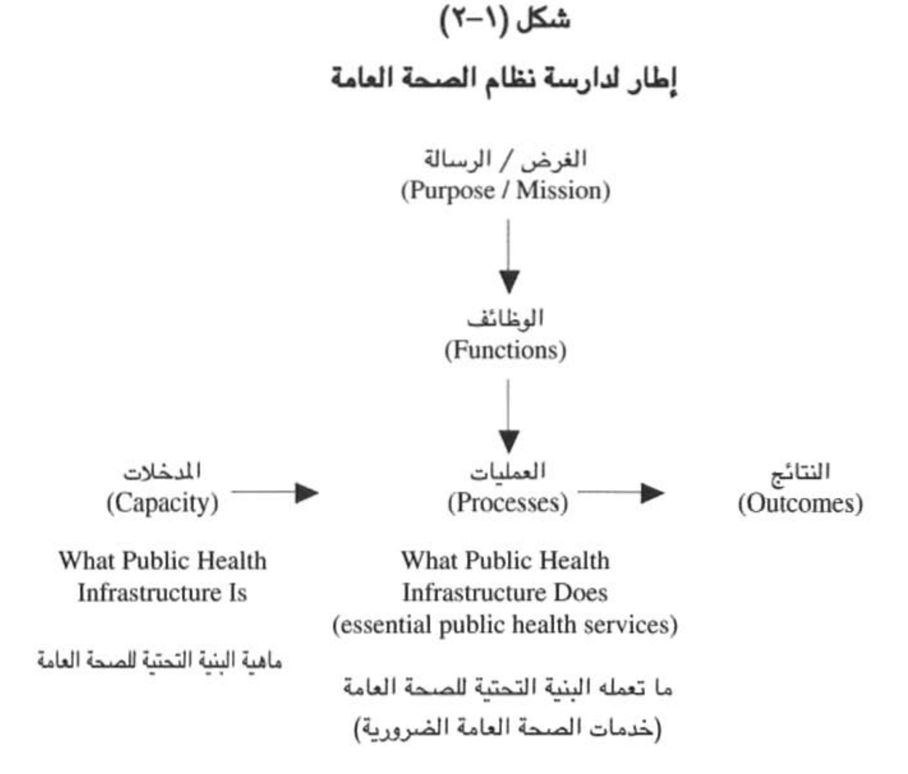
العامة بالمخرجات الصحية أو النتائج الخاصة بجودة الحياة (health or quality-of-life out-comes). ويوضح شكل (١-٢) هذه العلاقات.

وفى هذا النموذج ليست كل العناصر قابلة للفهم والقياس بسهولة كغيرها. فالعديد من المدخلات يمكن تقديرها أو قياسها بيسر وتشمل الموارد البشرية والمالية والتنظيمية. ويمكن، بصفة عامة وبسهولة أيضًا، ملاحظة وتقدير المخرجات: برامج رعاية ما قبل الولادة وعدد التحصينات المقدمة ورسائل التوعية الصحية عن أخطار التبغ وهكذا. كما أن النتائج الصحية قابلة للفهم بسهولة باستخدام مدلولات أو مقاييس الوفيات ونسبة انتشار مرض ما والإعاقة الوظيفية والوقت المهدر من العمل أو المدرسة بسبب المرض وكذلك باستخدام معدلات متطورة مثل سنوات العمر المحتملة الضائعة بسبب الوفاة وسنوات العمر ذات القيمة النوعية. أما العناصر الأصعب من ناحية الفهم والتصور فهى العمليات أو الخدمات الضرورية الخاصة بنظام الصحة العامة. وبالرغم من سمة التطور فى حقل الصحة العامة، إلا أنه كان هناك بعض الجهود الرامية لتوصيف هذه الجوانب التشغيلية الخاصة بالصحة العامة. ومن خلال تلك الجهود نحن قادرون بشكل أفضل على فهم وقياس ممارسة الصحة العامة وربطها بمخرجاتها ونتائجها. فى عام ١٩٩٤م، تم تشكيل مجموعة عمل وطنية من قبل مصلحة الصحة العامة الأمريكية (U.S. Public Health Service) فى محاولة لصياغة بيان متفق عليه حول ماهية الصحة العامة وما تقوم بعمله بلغة مفهومة من قبل كل من المتخصصين وغير المتخصصين فى حقل الصحة العامة. ويبين توضيح (١-٥) نتيجة تلك الخطوة المتمثلة فى بيان بعنوان الصحة العامة فى أمريكا (Public Health in America)[١٣]. ويوفر كل من الإطار الفكرى الموضح فى شكل (١-٢) والصورة السردية الموصوفة فى بيان الصحة العامة فى أمريكا نماذج مفيدة للنظر بتمعن فى نظام الصحة العامة وفى الكيفية التى يعمل بها كما سوف نرى فى الفصول اللاحقة من هذا الكتاب.

ويهدف هذا الإطار إلى سد الفجوة بين ماهية الصحة العامة وما تقوم بعمله (الغرض/الرسالة والوظائف، شكل (١-٢))، ويبين كيفية ما تعمله (من خلال المدخلات والعمليات والنتائج). كما أنه يتيح لنا دراسة العناصر المتنوعة للنظام حتى نستطيع أن ندرك وبشكل أفضل، الكيفية التى تنسجم بها تلك العناصر فيما بينها. وسوف ترجع الفصول اللاحقة من الكتاب لهذا النموذج بشكل أكثر تعمقًا عندما يتم استعراض المدخلات والعمليات (متضمنة الإنتاج) والنتائج.

شكل (١-٢)

إطار لدارسة نظام الصحة العامة



الخصائص الفريدة للصحة العامة:

هناك عدد من الخصائص الفريدة للصحة العامة تجعل، بصورة منفردة أو مجتمعة، من عملية فهم وإدراك هذا المجال أمراً صعباً (توضيح (١-٦)). وتشمل فلسفة العدالة الاجتماعية الأساسية للصحة العامة وطبيعتها السياسية المتأصلة فيها وجدول أعمالها ذى الطبيعة التوسعية الدائمة والمشاكل والقضايا الجديدة الموكلة لها عبر الزمن وارتباطها بالحكومة وتأسيسها على قاعدة واسعة من العلوم البيولوجية والفيزيائية والكمية والسلوكية وتركيزها على الوقاية كإستراتيجية أولية للتدخل والارتباط والشعور الفريدين بوحدة الهدف اللذين يجمعان المؤيدين لقضيتها.

توضيح (١-٥)
الصحة العامة فى أمريكا

الرؤية (Vision)

أناس أصحاء فى مجتمعات صحية

الرسالة (Mission)

تعزيز الصحة البدنية والنفسية والوقاية من المرض والإصابة والعجز

الصحة العامة:

- تقى من الأوبئة وانتشار المرض.
- تحمى من الأخطار البيئية.
- تحمى من الإصابات.
- تعزز وتحث على السلوكيات الصحية.
- تستجيب للكوارث وتساعد المجتمعات على تخطيها.
- تضمن الجودة فى الخدمات الصحية والحصول عليها.

خدمات الصحة العامة الأساسية:

- مراقبة الحالة الصحية وتحديد المشاكل الصحية فى المجتمع.
- تشخيص وتقصى المشاكل والأخطار الصحية فى المجتمع.
- توعية وتثقيف وتمكين الناس بشأن المسائل الصحية.
- تنظيم مشاركات المجتمع لتحديد المشاكل الصحية وحلها.
- تطوير السياسات والخطط الرامية لدعم الجهود الصحية للأفراد والمجتمعات.
- تنفيذ القوانين والأنظمة التى تحمى الصحة وتكفل السلامة.
- ربط الناس بالخدمات الصحية الشخصية الضرورية وتأمين الرعاية الصحية فى حالة عدم توافرها.
- تأمين قوى عاملة مؤهلة فى مجالات الصحة العامة والخدمات الصحية الشخصية.
- تقييم الفعالية وإمكانية الوصول والجودة فى الخدمات الصحية على مستوى الفرد والمجتمع.
- البحث عن رؤى جديدة وحلول مبتكرة للمشاكل الصحية.

المصدر أعيد طباعتها من:

Essential Public Health Services Working Group of the Core Public Health Functions Steering Committee, 1994, U.S. Public Health Service.

توضيح (١-٦)

خصائص فريدة مختارة للصحة العامة

- مؤسسة على فلسفة العدالة الاجتماعية.
- طبيعتها السياسية المتأصلة فيها.
- جدول عمل متميز بالتغير و التوسع المستمر.
- ارتباطها بالحكومة.
- تأسيسها على العلوم.
- استخدامها للوقاية كإستراتيجية أولية.
- الرابطة والثقافة الفريدة.

فلسفة العدالة الإجتماعية:

لعله من الضرورى إدراك طبيعة العدالة الاجتماعية الخاصة بالصحة العامة والأكثر ضرورة هو فهم احتمالية التعارض والصدام اللذين تحدثهما. وقد قيل إن العدالة الاجتماعية هى أساس الصحة العامة. وقد ظهر مفهوم العدالة الاجتماعية فى حوالى عام ١٨٤٨م وهى فترة من الممكن اعتبارها ميلاد الصحة العامة الحديثة. وترى العدالة الاجتماعية بأن الصحة العامة هى شأن عام وأن نتائجها المعبر عنها بمقاييس الوفاة والمرض والصحة والعافية تعكس القرارات والأفعال الصادرة عن المجتمع سواء كانت خيراً أو شراً[١٤]. والعدالة هى مفهوم مجرد يحدد الكيفية التى يتم بها توزيع الأعباء والمنافع الجماعية على كل عضو فى المجتمع بصورة عادلة. وتشمل المنافع الاجتماعية التى يتم توزيعها السعادة والدخل أو المنزلة الاجتماعية. أما الأعباء فتشمل القيود المفروضة على تصرفات الفرد والضرائب. وتحدد العدالة فيما إذا كان هناك إنصاف فى توزيع المنافع والأعباء. ويحدث الظلم عندما يحرم الأفراد بعض المنافع المستحقة لهم أو عندما تفرض عليهم بعض الأعباء على نحو غير ملائم. وإذا اعتبرنا أن الحصول على الخدمات الصحية، أو حتى الصحة نفسها، بمنزلة المنفعة الاجتماعية (أو أن اعتلال الصحة بمنزلة العبء)، فإن الارتباط بين مفاهيم العدالة والصحة العامة يصبح واضحاً. وعدالة السوق والعدالة الاجتماعية هما نموذجان من العدالة الحديثة.

وتؤكد عدالة السوق على المسئولية الشخصية أساساً فى توزيع المنافع والأعباء. بالإضافة إلى احترام الحقوق الأساسية للآخرين، فإن الأفراد مسئولون بصورة رئيسية عن تصرفاتهم وهم أحرار فيما يختص بالالتزامات الجماعية. وتتمتع الحريات الفردية

بقدر كبير من التقدير والاحترام فى حين أن المسئوليات الجماعية محدودة. وفيما يخص الصحة، يتولى الأفراد المسئولية الأساسية عن صحتهم. وهناك توقع ضئيل بأن يقوم المجتمع بحماية وتعزيز صحة أفراده إلا فى حالة تصدى المجتمع للأخطار التى لا يستطيع العمل الفردى السيطرة عليها.

أما العدالة الاجتماعية فتعتقد بوجود عوامل مؤثرة فى المجتمع تعوق عملية التوزيع العادل للمنافع والأعباء[١٥]. ومن أمثلة تلك المعوقات الفوارق فى الطبقة الاجتماعية ومجموع الصفات الموروثة والتمييز العنصرى والفروق العرقية. ولذلك فإن العمل الجماعى المؤدى إلى تولى أعباء إضافية هو ضرورى لتحييد أو إزالة تلك المعوقات. وفى حالة الصحة العامة، فإن هدف شمول المنافع المحتملة للعلوم الطبيعية والسلوكية لجميع المجموعات فى المجتمع، وخاصة عندما يكون عبء المرض واعتلال الصحة فى ذلك المجتمع غير موزع بالتساوى، هو مستمد بشكل كبير من مبادئ العدالة الاجتماعية. ومن الواضح أن عدداً من مشاكل الصحة العامة الحديثة (و غيرها من السياسات العامة) تؤثر بشكل أكبر على بعض المجموعات، عادة الأقليات فى المجتمع، أكثر من تأثيرها على المجموعات الأخرى. ونتيجة لذلك، تتطلب حلول تلك المشاكل أفعال جماعية بحيث إن أولئك الأقل تضرراً يتحملون أعباء أكثر على الرغم من عدم انتفاعهم بشكل متناسب من تلك الأفعال. وعندما لا يتم اتخاذ الإجراءات الجماعية الضرورية، تضل حتى أهم مشاكل السياسة العامة بدون حلول على الرغم من ظهورها المتكرر على السطح وعلى نحو واضح للعيان[١٥]. ويعكس هذا السيناريو الاستجابات لبعض المشاكل الأمريكية المستعصية مثل الإسكان غير الملائم وأنظمة التعليم العام الرديئة والبطالة والتمييز العنصرى والفقر. وينطبق هذا الوضع أيضًا على مشكلات الصحة العامة مثل الأمراض الناتجة عن استهلاك التبغ ووفيات الأطفال الرضع وتعاطى المخدرات وخدمات الصحة النفسية والرعاية طويلة الأجل والتلوث البيئى. ويعد الفشل فى عدم إحداث الإصلاح الشامل لنظام الصحة الوطنى فى عام ١٩٩٤م مثالاً على هذه الظاهرة. حيث رأت الطبقة الوسطى من الأمريكيين فى ذلك الوقت أن الثمن المتواضع المطلوب دفعه للإصلاحات الصحية مبالغ فيه، رافضة بذلك زيادة الإنفاق عندما أدركت أنه لن يترتب على تلك الإصلاحات تحسن فى نوعية الخدمات الصحية التى تحصل عليها.

ويوحى هذا المثال وغيره من الأمثلة بوجود تحد خطير للصحة العامة كمشروع اجتماعى يتمثل فى إزالة المعوقات الاجتماعية والأخلاقية التى تمنعنا من أن نعمل أكثر

بالوسائل المتاحة لنا[١٥]. وبالنسبة لتحسين الصحة العامة، ربما لن تفيد عملية مد حدود العلم والمعرفة إلى مجالات أرحب بنفس القدر الذى سوف تفيده عملية تغيير القيم المشتركة لمجتمعنا لكى نتمكن من تطبيق ما نعرفه الآن. وتعتبر النجاحات الحديثة للصحة العامة مثل تغيير اتجاهات الناس حول التدخين فى الأماكن العامة والخاصة وتغيير اتجاهاتهم حول قيادة المركبات بعد تعاطى الكحول - أدلةً تؤيد هذا الاعتقاد. وقد نتجت هذه التطورات عن طريق تحولات فى القيم الاجتماعية وليس عن طريق علم أفضل وأعظم.

الطبيعة السياسية المتأصلة:

تؤدى العدالة الاجتماعية التى تقوم عليها الصحة العامة إلى جلب الخلاف السياسى. والصحة العامة بطبيعتها هى عامة وسياسية فى نفس الوقت وتخدم قطاعات سكانية تتكون من العديد من التجمعات السكانية والثقافات والقيم المختلفة. وتتيح السياسة للقضايا بأن ينظر فيها ويتم التفاوض بشأنها ومن ثم اتخاذ قرارات بصددها لمصلحة الفئات السكانية. وتعتبر القيم ووجهات النظر المختلفة حول كل من النتائج المراد تحقيقها والوسائل التى يتم عن طريقها بلوغ تلك النتائج من صميم العملية السياسية. فالنضال من أجل قضايا وحث فئات متعددة فى المجتمع لتحديد ومعالجة أوضاع غير مقبولة يؤثران بشكل سلبى على الحالة الصحية ويؤديان دائمًا إلى زيادة فى توقعات ومطالب المجتمع، وبصفة عامة، من الحكومة. ونتيجة لذلك يظهر مؤيدو الصحة العامة للعيان معارضين للحكومة أو خصومًا للمؤسسة. وعلى نحو مستمر، تقع مؤسسات الصحة العامة الحكومية الساعية لخدمة المصالح الخاصة لكل من الحكومة والصحة العامة فى وسط هذا الخلاف. ويخلق ذلك جوًا من التوتر والصدام الذى من الممكن أن يضع تلك المؤسسات فى وضع حرج مع القيادات الحكومية من جانب ومع المؤيدون للصحة العامة من خارج الحكومة من جانب آخر.

جدول الأعمال ذو الطبيعة التوسعية:

تتمثل خاصية ثالثة فريدة للصحة العامة فى نطاقها الواسع والقابل دائمًا للزيادة. وتشمل الحقول التقليدية فى مجال الصحة العامة حقول الأحياء والبيئة والأنماط المعيشية وتنظيم الخدمة الصحية. وفى داخل كل حقل من هذه الحقول هناك العديد من العوامل التى تؤثر فى الحالة الصحية. وفى السنوات الأخيرة، تمت إضافة العديد من مشاكل

السياسة العامة المستجدة إلى جدول أعمال الصحة العامة؛ لأنه جرى تحديد العوامل المسببة لتلك المشاكل بطريقة صنفتها فى واحد أو أكثر من هذه الحقول.

وتعد عملية تكليف الصحة العامة بمشكلات جديدة ظاهرة تسترعى الانتباه. فعلى سبيل المثال، قبل عام ١٩٠٠م تمثلت المشاكل التى تناولتها الصحة العامة فى الأمراض المعدية والمخاطر البيئية المرتبطة بها. وبعد عام ١٩٠٠م اتسع النطاق ليشمل المشاكل والاحتياجات الخاصة بالأطفال والأمهات والتى تمت تلبيتها من خلال التثقيف الصحى والخدمات الصحية الموجهة للأمومة والطفولة بعدما تعالت الصيحات الشعبية المتعاطفة مع صحة وسلامة الأطفال. وفى منتصف القرن، تمت إضافة الوقاية من الأمراض المزمنة والرعاية الطبية إلى حقل الصحة العامة عندما استطاعت الثورة العلمية فى مجال علم الأوبئة أن تحدد العوامل المسببة للأمراض المزمنة والارتباط بين استهلاك الخدمات الصحية والنتائج الصحية. وفيما بعد ألحق بالصحة العامة مشكلات مثل تعاطى المخدرات والأمراض النفسية والحمل لدى فئة المراهقات والرعاية طويلة الأجل وغيرها من القضايا، كما ألحقت بالصحة العامة بعض المشاكل الناشئة حديثًا وعلى رأسها وباء العنف والعدوى بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV) وتشمل أيضًا وباء متلازمة نقص المناعة المكتسب أو الإيدز (AIDS). ومن المرجح أن يستمر جدول أعمال الصحة العامة فى التوسع أكثر نتيجة للحوار الوطنى الحالى حول إعادة هيكلة النظام الصحى والكيفية التى سوف يتم بها تنظيم وإدارة الخدمات الصحية.

الارتباط بالحكومة:

ويتمثل الوجه الفريد الرابع للصحة العامة فى ارتباطها بالحكومة. وعلى الرغم من أن الصحة العامة أشمل بكثير من الأنشطة التى تقوم بها الدوائر الصحية على المستويات الفيدرالية والولايات والمحليات، إلا أن ما يتبادر إلى أذهان الكثير من الناس عند التفكير فى الصحة العامة هو مجرد مؤسسات الصحة العامة الحكومية. وبالفعل فالحكومة تلعب دورًا بارزًا فى التأكد من أن العناصر الرئيسية موضوعة موضع التنفيذ وأن رسالة الصحة العامة مأخوذة بعين الاعتبار. كما أن الحكومة هى الوحيدة القادرة على توفير الوسائل القسرية اللازمة لتنفيذ السياسات العامة التى تحد من حقوق الأفراد والمؤسسات الخاصة فى الحرية الشخصية وحرية التملك فى مجالات مثل مؤسسات بيع الأغذية بالتجزئة وأنظمة المياه والصرف الصحى والسلامة والأمن الوظيفى وسلامة المنتجات

الاستهلاكية وسلامة وفعالية الأدوية. كما تستطيع الحكومة أن تلعب دور الراعى والمنسق لتحديد ووضع أولويات المشاكل الصحية التى من الممكن معالجتها عن طريق الموارد والجهود العامة. وهذه الأدوار مستمدة من مبدأ أساسى هو الإحسان (beneficence) والذى يقضى بأن الحكومة توجد لتحسين رفاهية أفراد الشعب. كما يشتمل الإحسان غالبًا على خلق التوازن بين تعظيم المنافع وتحجيم الأضرار من جهة وعدم الضرر من جهة أخرى.

وهناك إستراتيجيتان يمكن للجهود الحكومية أن تستخدمهما للتأثير فى الصحة العامة. فعلى النطاق الأوسع، يمكن للحكومات أن تعيد رسم السياسات العامة التى تؤثر فى الصحة من خلال الأوضاع الاجتماعية والبيئية مثل السياسات الخاصة بالتعليم والتوظيف والإسكان والسلامة العامة وأنظمة الرعاية الاجتماعية الخاصة بالأطفال والسيطرة على التلوث والسلامة في بيئة العمل وبرامج دعم الأسرة. وفى سياق تعريف تقرير معهد الطب للصحة العامة، تصب هذه الأفعال فى إطار تأمين الظروف التى يمكن للناس أن يعيشوا أصحاء. وتتمثل الإستراتيجية الأخرى للحكومة فى القيام بتوفير البرامج والخدمات المخصصة لتغطية الاحتياجات الصحية للمجتمع بصورة مباشرة. وفى الغالب يكون كسب التأييد الشعبى لبرامج محدودة النطاق نسبياً وموجهة لمشاكل معينة (مثل الدرن والعدوى بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV)) أسهل من الحصول على الإجماع حول قضايا صحية واجتماعية واسعة النطاق. وهذه الإستراتيجية هى ببساطة أسلوب تحكم وسيطرة "command-and-control" تقوم الحكومة بموجبه بزيادة الحصول على الخدمات والانتفاع بها، وعلى نحو كبير، من خلال توزيع مواردها الخاصة وليس من خلال التعاون مع الآخرين. والشكل الآخر لهذه الإستراتيجية هو أن تقوم الحكومة بتأمين الحصول على خدمات الرعاية الصحية من خلال أساليب الدعم المالى الحكومى (ويعد كل من قانون الرعاية الصحية الخاص بالمسنين (Medicare) وقانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين (Medicaid) مثالين رئيسين) أو من خلال أنظمة توزيع متخصصة (مثل التسهيلات التابعة لإدارة المحاربين القدامى (Veterans Administration) ومصلحة الصحة الخاصة بهنود أمريكا الحمر (Indian Health Service) والمراكز الصحية فى التجمعات السكانية الممولة من قبل الحكومة الاتحادية.

وبينما تبنت الولايات المتحدة وبصفة عامة الإستراتيجية الأخيرة من هاتين الإستراتيجيتين، عملت الدول الأخرى على التأكيد وبصورة أكبر على سياسات اجتماعية

واسعة النطاق. ولقد أسهم كل من حجم الاستثمار عموماً والتركيز النسبى بين هاتين الإستراتيجيتين فى النتائج المختلفة جداً المتحققة بمعايير مؤشرات الحالة الصحية بين مختلف الدول (سوف يتم مناقشتها فى الفصل الثانى من هذا الكتاب).

هناك العديد من العوامل التى تفرض الأساليب المستخدمة من قبل حكومة معينة فى أى وقت من الأوقات. وتشتمل هذه العوامل على التاريخ والثقافة والبنية السياسية للحكومة موضوع النقاش والظروف الاجتماعية المعاصرة. كما أن هناك العديد من الدوافع الضمنية التى تدعم تدخل الحكومة. ولأسباب أبوية، ربما تقوم الحكومات بالتحكم فى أو الحد من حريات الأفراد لتجلب المنفعة لمجموعة ما، سواء سعت تلك المجموعة لتلك المنافع أم لا. ولأسباب منفعية، تتدخل الحكومات بسبب الاعتقاد بأن البلد ككل سوف ينتفع من ناحية مهمة. ولاعتبارات متعلقة بالمساواة، تتدخل الحكومات لتضمن بأن المنافع والأعباء موزعة توزيعًا عادلاً بين الأفراد. ولاعتبارات متعلقة بالعدالة ، تبرر الحكومات التدخل ليتم توزيع منافع المجتمع على مقدار الحاجة. وتعكس هذه الدوافع وجهات النظر الخاصة بكل مجتمع فى إذا ما كان بالإمكان اعتبار الصحة بحد ذاتها أو مجرد الحصول على الخدمات الصحية كحق للأفراد والتجمعات السكانية فى ذلك المجتمع. ويعمل العديد من المجتمعات، ومن ضمنها الولايات المتحدة، من خلال الحكومة لضمان الحصول العادل على عدد كبير من الخدمات الوقائية والعلاجية. ولكن ربما لا تكون المساواة فى الحالة الصحية لكل الفئات داخل المجتمع طموحًا صريحًا حتى فى المواقع التى تسخر فيها الإمكانيات لضمان المساواة فى الحصول على الخدمات. والأكثر أهمية لتحقيق المساواة فى الحالة الصحية هى الجهود الرامية لتحسين الحالة الصحية فى الفئات السكانية المحرومة وآليات مراقبة الحالة الصحية والعوامل المساعدة داخل المجموعات السكانية ومشاركة الفئات السكانية المحرومة فى العمليات المؤثرة فى صناعة القرار السياسى داخل المجتمع[١٦]. وبالقدر الذى لا تكون فيه المساواة فى الحالة الصحية بين جميع الفئات السكانية هى المرشد والموجه لأفعال حكومة ما فى مجتمع ما، تصبح العناصر الأخرى هامشية الأثر.

وكما لاحظنا سابقًا، يؤدى الارتباط بين الحكومة والصحة العامة إلى خلق وضع غير مستقر بالنسبة لمؤسسات الصحة العامة الحكومية. وبصفة عامة، تحتم نظم القيم المتضاربة للصحة العامة وللمجتمع على نطاق واسع على مؤسسات الصحة العامة بأن توثق الفشل حتى تتمكن من إحراز تقدم. وقد قيل فى المثل: إن الدراجة ذات الأزيز هى فقط التى تزيت بالشحم. وفى الصحة العامة يتطلب الأمر غالبًا تفشى مرض أو كارثة أو

غيرها من المآسى لتوضيح أهمية الصحة العامة. ومنذ عام ١٩٨٥م زادت الاعتمادات المالية المخصصة لبرامج وقائية أساسية للصحة العامة وبصورة سريعة وذلك بعد تفشى المرض بسبب تلوث الحليب بالبكتيريا فى ولاية إلينوى (Illinois) وبعض الهامبورجر الفاسد فى ولاية واشنطن (Washington) وتلوث لمصادر المياه العامة فى ولاية ميلواكى (Mil-waukee).

تعتبر عمليات تولى وتفويض مسئوليات الصحة العامة أموراً شائكة فى الولايات المتحدة عطفًا على وجود أنماط مختلفة فى كل من الولايات الخمسين (سيتم وصفها فى الفصل الرابع من الكتاب). وخلال الخمس والعشرين سنة الماضية ظهر مفهوم التواجد الحكومى فى مجال الصحة (governmental presence in health) ونال قبولاً واسعًا فى أوساط الصحة العامة. ويصف هذا المفهوم دور السلطة المحلية، بصورة غالبة وليس بالضرورة دائمة، وهى تعمل من خلال مؤسساتها الصحية الرسمية والتى تلعب دور الكفيل أو الضامن الأخير بحيث إن الخدمات المطلوبة سوف يتم توفيرها عند الحاجة إليها. ويعنى هذا الأمر فى الواقع أنه بغض النظر عن الكيفية التى يتم بها توزيع المهام محليًا، سوف يكون هناك تواجد يضمن تحديد الاحتياجات الصحية والعمل على تلبيتها من خلال العمل الجماعى. وسوف نعود إلى هذا المفهوم والكيفية التى يتم بها تفعيله فى الفصل الخامس من هذا الكتاب.

التأسيس على العلم:

يعتبر التأسيس على العلوم إحدى السمات الأكثر بروزًا فى الصحة العامة والذى مازال يميزها عن غيرها من الحركات الاجتماعية[١٧]. وهذه العلاقة واضحة بالنسبة للعلوم الطبية والطبيعية التى تحكم فهمنا للجوانب البيولوجية للإنسان والميكروبات المجهرية والحشرات الناقلة للجراثيم وغيرها من الأخطار التى توجد فى بيئتنا الطبيعية. ولكن يصح نفس الشىء أيضًا بالنسبة للعلوم الاجتماعية كعلوم الأنثروبولوجيا أو علم الإنسان وعلم الاجتماع وعلم النفس والتى تؤثر فى فهمنا للثقافة والسلوكيات الإنسانية المؤثرة فى الصحة والمرض. كما تظل العلوم الكمية كعلم الأوبئة والإحصاء الحيوى أدوات وأساليب ضرورية لممارسة الصحة العامة. وفى العادة يتم تحديد خمسة علوم أساسية للصحة العامة: علم الأوبئة والإحصاء الحيوى وعلم البيئة وعلوم الإدارة والعلوم السلوكية. وتمثل هذه العلوم جوهر التعليم الخاص للمهنيين فى الصحة العامة.

وتعد أهمية وجود قاعدة علمية صلبة ومتنوعة مصدر قوة ومصدر ضعف للصحة العامة فى آن واحد. وبكل تأكيد، فإنه ليس هناك غنى عن العلم فى العالم المعاصر. ولايزال الناس مفتونين بدهشة للتقدم العلمى، على الأقل فى العلوم الطبيعية والبيولوجية، وهذه القاعدة ضرورية لتسويق ودعم تدخلات الصحة العامة. وقد وصف علم الأوبئة ولسنوات عديدة على أنه العلم الأساسى لمارسة الصحة العامة مقترحاً بأن الصحة العامة فى ذاتها هى علم أوبئة تطبيقى (applied epidemiology). إلا أن الفكر المعاصر للصحة العامة ينظر لعلم الأوبئة ليس على أنه العلم الأساسى للصحة العامة وإنما على أنه أحد المساهمين العديدين فى مشروع أكثر تعقيداً. وفى العقود الأخيرة من الزمن، أثرت وأكملت العلوم الاجتماعية بشكل كبير العلوم الطبيعية والبيولوجية. على الرغم من ذلك، ظلت هذه الجوانب غير مألوفة وتحظى ربما بتقدير أقل من قبل الناس مما صعب من مهمة الحصول على دعم الرأى العام لتدخلات فى الصحة العامة أكثر حداثة وأكثر توسطاً من الناحية السلوكية. وقد استبدل الانطباع القديم عن الصحة العامة من كونها مبنية على مبادئ علمية فى صحة البيئة والسيطرة على الأمراض المعدية بانطباع جديد يقول إن أساليب الصحة العامة هى مؤسسة بشكل أكبر على ما يسميه الناس بالعلم "الأسهل" ("softer" science). ويهدد هذا التحول، وبصورة مؤقتة على الأقل، بالقضاء على فهم وثقة الناس فى الصحة العامة وأساليبها.

التركيز على الوقاية:

لو طلب من المشتغلين بالصحة العامة أن يجدوا كلمة واحدة مرادفة للصحة العامة لكانت الإجابة الأكثر شيوعًا هى الوقاية "prevention" وبصفة عامة تصف الوقاية الإجراءات التى تتخذ للتقليل من احتمالية حدوث شىء ما، أو تلك التى تتخذ أملاً فى تحجيم الضرر الذى من المكن أن ينتج عنه فى حالة حدوثه. والوقاية هى مفهوم يحظى بالتقدير على نطاق واسع وذو أهمية ويفهم بشكل جيد عندما يتم تحديد الشىء موضوع الوقاية. وبالرغم من أن الكثيرين يعتبرون الوقاية بمنزلة الهدف للصحة العامة، إلا أن الأغراض المحددة للوقاية قد تكون متعددة. وقد تكون الوقاية موجهة للوفيات وللتنويم فى المستشفيات وللأيام المهدرة من المدرسة ولاستهلاك الموارد البشرية والمالية وغيرها من الأغراض. ويوجد أهداف للوقاية بنفس الكم الذى توجد به نتائج ومؤثرات صحية يجب تجنُّبها.

ودائمًا ما تفتقد الجهود الوقائية للأنصار الواضحين بسبب أن النجاح يترتب عليه عواقب غير ملموسة. ولأن تلك العواقب غير ملموسة، فإن احتمالية قيام الناس بتطوير رابط لدعم الجهود التى توفر لهم الوقاية تعتبر ضئيلة. ودائمًا ما يقوم أنصار خدمات الصحة النفسية والرعاية للأفراد الذين يعانون قصوراً فى النمو وزراعة الأعضاء وأمراض المسالك البولية المرتبطة بالشيخوخة بجعل وجودهم مؤثراً. وفى المقابل فهناك عدد قليل من عواصم الولايات التى شهدت مظاهرات باستخدام الشموع المضاءة من قبل الآلاف من الناس بسبب عدم حصولهم على لقاح الدفتيريا. ويعود سبب هذا الدعم غير الملموس للوقاية بصورة جزئية إلى طبيعة الصحة العامة المؤسسة على عدد من المعارف والعلوم. ونظراً لعدم سيطرة أى من هذه العلوم، يصبح الأمر أكثر صعوبة على الناس لفهم وتقدير العمل الذى تقوم به الصحة العامة. ومن وجهة نظر واحدة، يعتبر التقييم المنخفض الممنوح للصحة العامة مفهومًا إذا أخذنا فى الاعتبار بأن غالبية المستفيدين من جهود الصحة العامة الوقائية الحديثة والمعاصرة لم يولدوا بعد. وعلى الرغم من عدم وجود التقدير، حققت الوقاية كإستراتيجية نجاحاً رائعًا فى الماضى ويبدو أن احتمالية النجاح سوف تستمر فى المستقبل أيضًا. وسوف تقوم الفصول اللاحقة من هذا الكتاب باستكشاف هذه الاحتمالية بشكل أكثر تعمقاً.

الثقافة غير المشتركة:

يمكن اعتبار الخاصية الفريدة الأخيرة للصحة العامة المزمع مناقشتها هنا مصدر قوة ومصدر ضعف فى آن واحد. فالرابطة التى تجمع المشتغلين بالصحة العامة ليست التأهيل المشترك من خلال التعليم والتدريب وليست أيضًا الخبرات العملية ومجالات العمل المشتركة. فالصحة العامة فريدة فى كون الرابط المشترك يشمل مجموعةً من النتائج المراد الوصول إليها والتى من الممكن لعلوم وفنون وأساليب مختلفة أن تسهم فى بلوغها. ونتيجة لذلك، فإن المشتغلين بالصحة العامة يشملون المتخصصين فى علوم الإنسان والاجتماع والنفس والأطباء والممرضين وأخصائيى التغذية والمحامين والاقتصاديين والمتخصصين فى السياسة والأخصائيين الاجتماعيين وأخصائى المختبر والمديرين والمختصين فى علم الصحة والمهندسين والمتخصصين فى علم الأوبئة والمختصين فى الإحصاء الحيوى والمتخصصين فى علم الشيخوخة والمختصين فى الإعاقة والعجز وعشرات المهن والتخصصات الأخرى. ويرتبط جميعهم بغايات مشتركة ويقوم جميعهم

بتوظيف وجهات نظر مختلفة إلى حد ما من تعليمهم وتدريبهم وخبراتهم العملية المتنوعة. وتعد عبارة "كل ما من شأنه أن يؤدى إلى إنجاز العمل" هى الفكرة الرئيسية، مقترحة أن المهمة الأساسية هى حل المشاكل المتعلقة بالمسائل الصحية. وهذا الجانب من الصحة العامة هو الأساس للإستراتيجيات والأساليب التى تعتمد بشكل كبير على علاقات التعاون والمشاركة.

وهذا الأسلوب المعتمد على تخصصات متعددة ومتداخلة هو فريد بين المهن الأخرى ومثير للتساؤل حول ما إذا كان بالإمكان اعتبار الصحة العامة مهنة أصلاً. وهناك العديد من الحجج القوية التى تقول إن الصحة العامة ليست مهنة. حيث لا يوجد هناك حد أدنى من التأهيل أو التدريب الذى يميز المشتغلين فى الصحة العامة عن غيرهم سواء كانوا من المهنيين أو غير المهنيين. كما أن نسبة ضئيلة جداً من أولئك الذين يعملون فى منظمات مخصصة لغرض تحسين المستوى الصحى للعامة حاصلين على إحدى الدرجات العلمية فى الصحة العامة (درجة الماجستير فى الصحة العامة وعدد من درجات الماجستير والدكتوراه الأخرى الممنوحة من كليات الصحة العامة والمؤسسات العلمية الأخرى). وباعتبار أن الغالبية العظمى من العاملين فى الصحة العامة غير مدربين بشكل منهجى فى الصحة العامة، فإنه من الصعوبة إضفاء صفة المهنة على القوى العاملة فى الصحة العامة. ومن جوانب عديدة، فإنه من المناسب أن ننظر للصحة العامة بوصفها حركة وليس كمهنة.

قيمة الصحة العامة:

كيف نستطيع أن نقيس قيمة جهود الصحة العامة؟ سيتم التعرض لهذا السؤال بصورة مباشرة وغير مباشرة خلال هذا الكتاب. وسوف تبحث الفصول اللاحقة من هذا الكتاب الأبعاد الخاصة بقيمة الصحة العامة باستخدام معايير الأرواح المنقذة والأمراض التى تمت الوقاية منها وكذلك باستخدام الدولارات وأجزاء المائة من الدولار. وعلى الرغم من ذلك، فإن بعض المعلومات الأولية سوف تمهد الطريق لتفاصيل أكثر لاحقًا.

تفيد استطلاعات الرأى العام التى أجريت فى عام ١٩٩٩م أن الصحة العامة تحظى بدرجة عالية من التقدير فى الولايات المتحدة. حيث صنفت الغالبية العظمى من الناس عدداً من خدمات الصحة العامة الرئيسية على أنها على درجة عالية من الأهمية "Very important". وتحديداً:

- يعتقد ٩١٪ من جميع البالغين بأن الوقاية من انتشار الأمراض الوبائية مثل الدرن والحصبة والأنفلونزا ومرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) مهمة جداً.
- كما يعتقد ٨٨٪ أيضاً بأن إجراء البحوث حول أسباب الإصابة بالأمراض والوقاية منها مهم جداً.
- يعتقد ٨٧٪ بأن التحصين للوقاية من الأمراض مهم جداً.
- يعتقد ٨٦٪ بأن التأكد من عدم تعرض الناس للمياه غير الصالحة وتلوث الهواء والفضلات المسممة مهم جداً.
- يعتقد ٨٥٪ بأهمية العمل لخفض الوفيات والإصابات الناجمة عن العنف.
- يعتقد ٦٨٪ بأهمية حث الناس على اتباع أنماط صحية فى معيشتهم وعلى الأكل الصحى والامتناع عن التدخين.
- يعتقد ٦٦٪ بأهمية العمل لخفض الوفيات والإصابات الناجمة عن الحوادث فى بيئة العمل والمنزل والشوارع.

وفى استطلاع آخر للرأى ذى صلة أجرى فى عام ١٩٩٩م كشفت مؤسسة بيو الخيرية (Pew Charitable Trusts) أن ٤٦٪ من جميع الأمريكيين يعتقدون أن "الصحة العامة/حماية السكان من المرض" أكثر أهمية من "الطب / علاج الناس الذين يعانون المرض". كما اعتقد حوالى ٣٠٪ تقريباً بأن الطب أكثر أهمية من الصحة العامة وقال ٢٢٪ إن كلاً من الطب والصحة العامة هما على نفس الدرجة من الأهمية فى حين لم يبدِ ٣٪ من عينة الدراسة أى رأى حول الموضوع. وتظهر استطلاعات الرأى العام بأن إسهامات الصحة العامة فى مجال الصحة وجودة الحياة لم تغب عن الملاحظة. وتؤيد التقديرات الأخرى حول قيمة الصحة العامة هذا الرأى.

يرجع الفضل إلى جهود الصحة العامة الوقائية فى التحسن الطارئ خلال الخمسة والعشرون عاماً الماضية والبالغ حوالى ٣٠ سنة فى العمر المتوقع عند الولادة فى الولايات المتحدة منذ عام ١٩٠٠م. وهذا الزعم الصريح مبنى على الحقيقة القائلة بأن مجرد خمس سنوات فقط من مجموع ثلاثين سنة من التحسن ظهرت كنتيجة للرعاية الطبية[١٩]. من هذه السنوات الخمس، تسبب العلاج الطبى فى ٣,٧ سنة منها وتسببت الخدمات الإكلينيكية الوقائية (مثل التحصينات والفحوصات الطبية) فى ١,٥ سنة منها. أما

الخمس والعشرون سنة المتبقية فقد نتجت بشكل كبير عن جهود الوقاية المتمثلة فى السياسات الإجتماعية وأعمال التجمعات السكانية والقرارات الشخصية. هذه الأعمال والقرارات استهدفت الأمراض المعدية المؤثرة على المواليد والأطفال فى مطلع القرن. كما أنه قد تم تحقيق زيادات أخرى فى العمر المتوقع فى أواخر القرن من خلال الانخفاض فى الأمراض المزمنة التى تستهدف البالغين.

ولقد تحققت معظم إنجازات الصحة العامة البارزة خلال سنوات القرن العشرين. وسوف يلقى كل فصل من فصول هذا الكتاب الضوء على واحد أو أكثر من تلك الإنجازات لبيان قيمة الصحة العامة للمجتمع الأمريكى فى القرن الواحد والعشرين من خلال سرد قصة إنجازاتها فى القرن السابق. وأول استعراض لتلك الأحداث هو الوقاية والسيطرة على الأمراض المعدية فى أمريكا القرن العشرين (انظر لاحقًا فى هذا الفصل، "**إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: الوقاية والسيطرة على الأمراض المعدية**".

ويمكن وصف قيمة الصحة العامة فى مجتمعنا بلغة إنسانية وكذلك يمكن وصفها عن طريق استطلاعات الرأى العام والإحصائيات عن الإصابات التى تمت الوقاية منها وقيمها باستخدام الدولار وأجزاء المائة من الدولار. ويتضمن توضيح (١-٧) حالة مثيرة للمشاعر يعود تاريخها للخمسينيات من القرن العشرين عندما كانت الولايات المتحدة فى غمرة وباء مروع من شلل الأطفال. وقد استثنيت تجمعات سكنية قليلة من الفتك المتكرر لهذا المرض الخطير خلال النصف الأول من القرن العشرين. وكان فزع العامة كبيراً جداً لدرجة أنه تم إغلاق المكتبات وأحواض السباحة العامة وغيرها من الأنشطة الجماعية خلال مواسم الصيف عندما كان الذعر من المرض يصل لدرجاته القصوى. ولكن البحث فى مجال الإحياء الطبى طور سلاح محتمل ضد شلل الأطفال الوبائى متمثلاً فى لقاح سولك (Salk vaccine)، والذى تم اكتشافه فى عام ١٩٥٤م ورخص له بعد عام من تطويره. ولقد تم وبشكل فورى القيام بحملة شاملة غير مسبوقة من قبل لتحصين الناس ممهدة بذلك الطريق لنصر حاسم للصحة العامة. ولكن النصر الحقيقى جاء عن طريق ربما لم يكن متوقعاً؛ لأنه تم التعرف، فى مرحلة مبكرة من الحملة، على حالات متفرقة من شلل الأطفال الناتجة عن اللقاح نفسه فى كل من شيكاغو (Chicago) وكاليفورنيا (California). وفى خلال يومين من الإعلان الرسمى للحالة الأولى، أثمر الجهد الذى بذلته منظمات الصحة العامة الحكومية إلى التوصل إلى أن سبب تلك الحالات يمكن إرجاعه إلى أحد المصانع المنتجة للقاح. وقد تم ذلك قبل ساعات فقط من البدء فى توزيع نفس اللقاح إلى مئات

الآلاف من أطفال ولاية كاليفورنيا. وكانت النتيجة منع حدوث كارثة وإنقاذًا لمصداقية حملة التحصين التى قضت فعليًا على هذا المرض من مفاصل ركبتيه . وقد استمرت الحملة كما كان مخططًا لها وبعد مرور أربعة عقود من الزمن تم القضاء الكلى على فيروس شلل الأطفال الوحشى من الجزء الغربى للكرة الأرضية.

توضيح (١-٧)

قيمة الصحة العامة: الفزع من شلل الأطفال، الولايات المتحدة، ١٩٥٠م

"أنا لا أستطيع أن أتذكر تجربة أكثر رعبًا من جلوسى بجانب السرير ومشاهدة طفلى ذى السنوات الخمس المصاب بشلل الأطفال. وقد هاجم المرض ساقه اليمنى، ونحن نشاهده غير قادرين على مساعدته وأطرافه تضعف بصورة مطردة. وفى اليوم الثالث، أخبرنا الطبيب بأنه سوف يعيش وإن أسوأ شيء يمكن أن يُعانيه هو الشلل. وقد كنت شاكرًا على الرغم من استمرارى فى التعذب من احتمالية إصابة زوجتى وطفلى الذى لم يولد بعد. ويا لها من نعمة فى أن لا يضطر أب أو أم آخران بأن يتحملا الرعب الذى اضطررت أنا وزوجتى والآلاف غيرنا تحمله فى شهر أغسطس ذاك." – مورتون تشابمان، سراسوتا، ولاية فلوريدا (Morton Chapman, Sarasota, Florida).

المصدر أعيد طباعتها من:

For a Healthy Nation: returns on Investment in Public Health, 1994, U.S. Public Health Service.

وهناك أمثلة مشابهة حدثت عبر التاريخ. ويمكن اعتبار المعركة ضد مرض الدفتيريا شاهدًا فى هذا الشأن. حيث تعتبر الإصابة بمرض الدفتيريا اليوم أمرًا نادر الحدوث بعد أن كان سببًا رئيسيًا للوفاة فى عام ١٩٠٠م. ولا يمكن إرجاع هذا الإنجاز للتطورات التى حدثت فى مجال علم الجراثيم ومضادات الدفتيريا والتحصينات التى سخرت لمكافحة المرض فقط. كما أنه لم يتم القضاء على هذا المرض نتيجة للمبادرات السياسية المبرمجة والرائعة التى قادها خبراء الصحة العامة. وإنما يعود السبب فى زوال مرض الدفتيريا بوصفه خطرًا محدقًا بجميع الفئات السكانية إلى التقاء التطورات العلمية مع قدرة العامة على فهم المرض نفسه. ولقد أدت هذه القوى إلى تشكيل سياسات الصحة العامة وفعالية إستراتيجيات التدخل. وفى نهاية المطاف، جعل مرض الدفتيريا من بعض الممارسات والسياسات أمورًا ممكنة فى حين حد من البعض الآخر. والقصة فى جوهرها تشتمل على العلم والقيم الاجتماعية والصحة العامة.

مثال

إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين:
الوقاية والسيطرة على الأمراض المعدية

(قبل عام ١٩٠٠م شكلت الأمراض المعدية أكثر التهديدات خطورة على صحة السكان فى العالم. وشهد القرن العشرين تحولاً فى ميزان القوى فى الصراع الدائر منذ قرون عديدة بين الإنسان والكائنات المجهرية. ولقد أسهمت التغيرات التى حدثت فى كل من العلم والقيم الإجتماعية فى الهجوم على الميكروبات باعثة بذلك الطاقة فى جهود المجتمعات المنظمة لتحسين صحة العامة. وقد كان هذا الأسلوب نموذجًا لمبادرات الصحة العامة فيما بعد والتى استهدفت التهديدات الأخرى الرئيسية للصحة والرفاهية).

انخفضت الوفيات من الأمراض المعدية بشكل ملحوظ فى الولايات المتحدة خلال القرن العشرين (شكل (١-٣)). وقد أسهم هذا الانخفاض فى الهبوط الحاد فى معدلات وفيات الرضع والأطفال وفى الزيادة التى بلغت ٢٩,٢ سنة فى العمر المتوقع للفرد. فى عام ١٩٠٠م حدثت ٣٠,٤٪ من جميع الوفيات بين الأطفال ممن تقل أعمارهم عن خمس سنوات. فى حين بلغت هذه النسبة فى عام ١٩٩٧م ١,٤٪ فقط. وفى عام ١٩٠٠م، كانت الأسباب الرئيسية للوفاة هى الالتهاب الرئوى والدرن والإسهال والتهاب الأمعاء والتى تسببت مجتمعة مع الدفتيريا فى ثلث جميع الوفيات. كما حدثت ٤٠٪ من هذه الوفيات بين الأطفال ممن هم دون خمس سنوات. فى عام ١٩٩٧م، شكلت أمراض القلب والسرطان بأنواعه نسبة ٥٤,٧٪ من جميع الوفيات وبلغت نسبة الوفيات الناتجة عن الالتهاب الرئوى والأنفلونزا والإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV) ٤,٥٪. وعلى الرغم من هذا التقدم الشامل حدث واحد من أكثر الأوبئة دمارًا فى تاريخ البشرية خلال القرن العشرين وهو وباء الأنفلونزا فى عام ١٩١٨م والذى نجم عنه ٢٠ مليون حالة وفاة حدثت ٥٠٠.٠٠٠ منها فى الولايات المتحدة فى أقل من سنة. وقد مات أكثر من نصف هذا العدد فى وقت قصير جدا خلال أى حرب أو مجاعة فى العالم. وقد سببت الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV)، المكتشف لأول مرة فى عام ١٩٨١م، وباء لا يزال متفشيًا ومصيبا لـ ٣٣ مليون شخص وسببًا لحوالى ١٣,٩ مليون حالة وفاة. وتوضح هذه السلسلة قابلية معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية للتغير وعدم القدرة على التنبوء بحلول المرض.

وتؤسس محاولات الصحة العامة للسيطرة على الأمراض المعدية على الاكتشاف المنسوب للقرن التاسع عشر والقائل إن الكائنات المجهرية هى السبب فى العديد من الأمراض الخطيرة مثل الكوليرا والدرن. وقد نتجت القدرة على السيطرة على المرض من جراء التحسينات التى طرأت فى مجالات الإصحاح والنظافة واكتشاف المضادات الحيوية وتنفيذ برامج تحصين الأطفال على مستوى العالم. وقد لعب التقدم العلمى والتكنولوجى دوراً مهمًا فى كل من هذه المجالات كما أنه يعتبر الأساس فى أنظمة المراقبة والسيطرة على الأمراض المعاصرة. كما أسهمت الاكتشافات العلمية فى الفهم الحديث للعلاقة المتجددة بين الإنسان والميكروبات.

فى بداية القرن العشرين كانت الأمراض المعدية منتشرة على نطاق واسع فى الولايات المتحدة وألقت بأعباء ضخمة على السكان (جدول (١-١)). وعلى سبيل المثال، فى عام ١٩٠٠م، تم الإبلاغ عن ٢١,٠٦٤ حالة جدرى توفى منها ٨٩٤ حالة. وفى عام ١٩٢٠م، تم التبليغ عن ٤٦٩.٩٢٤ حالة

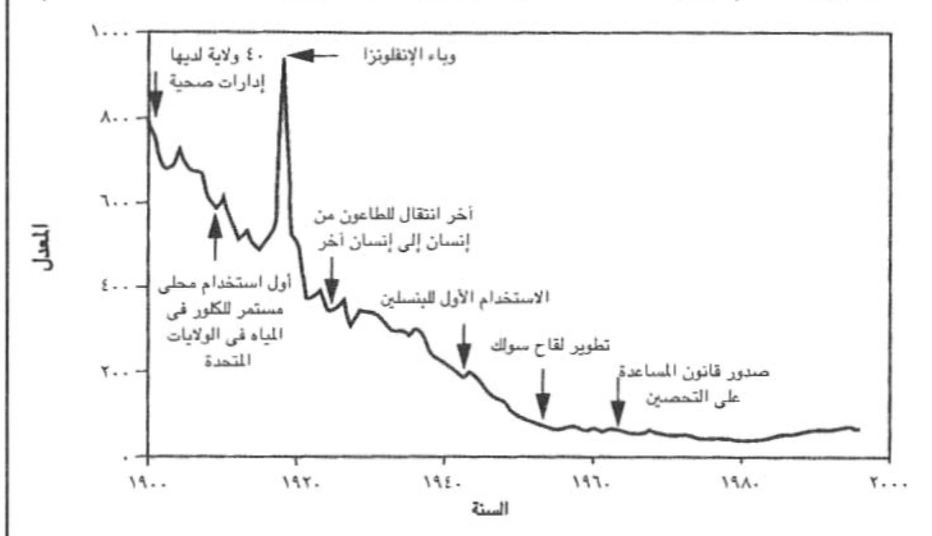
مثال ... يتبع

حصبة توفى منها ٧.٥٧٥ حالة وعن ١٧٤.٩٩١ حالة دفتيريا توفى منها ١٣.١٧٠ حالة. فى عام ١٩٢٢م وصل عدد حالات السعال الديكى المبلغ عنها ١٠٧.٤٧٣ حالة توفى منها ٥.٠٩٩ حالة.

وقد أدى التحول السكانى من المناطق الريفية إلى المدن فى القرن التاسع عشر الذى صاحب الثورة الصناعية والهجرة إلى ازدحام المساكن السيئة التى كانت قائمة على أنظمة تزويد بالمياه وتخلص من الفضلات غير كافية أو غير موجودة أصلاً. ونتج عن هذه الأوضاع تفشٍّ متكرر للكوليرا والزحار والسل أو الدرن والحمى التيفوئيدية والأنفلونزا والحمى الصفراء والملاريا.

شكل (١-٣)

معدل الوفيات الخام لكل (١٠٠.٠٠٠ نسمة) للأمراض المعدية – الولايات المتحدة، ١٩٠٠-١٩٩٦م



المصدر أعيد طباعته من:

Public Health Achievements, United States, 1900-1996: Control of Infectious Diseases, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 29, pp. 621-629, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

ولكن، بحلول عام ١٩٠٠م، انخفضت معدلات حدوث العديد من هذه الأمراض نتيجة للتحسن الذى طرأ فى مجال الصحة العامة وفى مجال تنفيذ برامج تحصين الأطفال على مستوى العالم والذى استمر فى القرن العشرين. وقد أدى تضافر الجهود المبذولة فى تعزيز الإصحاح والنظافة على المستوى المحلى وعلى مستوى الولاية وعلى المستوى الاتحادى إلى غرس مفهوم العمل الجماعى فى مجال "الصحة العامة" (على سبيل المثال، تجنب العدوى عن طريق توفير مياه صالحة للشرب).

مثال ... يتبع

وبحلول عام ١٩٠٠م قامت ٤٠ ولاية من أصل ٤٥ ولاية قائمة فى ذلك الوقت بإنشاء إدارات للصحة. وقد تم تأسيس أوائل الإدارات الصحية على مستوى الأقاليم فى عام ١٩٠٨م. ومن الثلاثينيات إلى الخمسينيات من القرن العشرين قطعت إدارات الصحة على المستويات المحلية وعلى مستوى الولايات شوطًا كبيرًا فى أنشطة الوقاية من المرض شملت مجالات التخلص من النفايات ومعالجة المياه وسلامة الأغذية وأنظمة التخلص من الفضلات الصلبة وتثقيف العامة حول الممارسات الصحية (مثل كيفية التعامل مع الأغذية ونظافة اليدين). وتم البدء فى نظام معالجة المياه بالكلور وغيرها من أنظمة معالجة مياه الشرب فى أوائل القرن العشرين وأصبحت إحدى ممارسات الصحة العامة الشائعة الاستخدام مساهمة بذلك فى خفض معدلات الإصابة بالأمراض المنتقلة عن طريق المياه. وكذلك انخفضت معدلات الإصابة بالدرن عندما أدى التحسن الذى طرأ على نظام الإسكان إلى خفض الازدحام بالإضافة إلى البدء فى برامج السيطرة على الدرن. فى عام ١٩٠٠م مات بالدرن ١٤٩ شخصًا من كل ١٠٠,٠٠٠ نسمة من سكان الولايات المتحدة معظمهم من سكان المناطق الحضرية. وفى عام ١٩٤٠م (قبل الشروع فى العلاج بالمضادات الحيوية) ظل الدرن أحد الأسباب الرئيسية للوفاة ولكن معدل الوفيات الخام انخفض إلى ٤٦ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ شخص.

جدول (١-١)

مستويات الإصابة السنوية فى القرن العشرين ومعدلات الإصابة التقديرية لعام ١٩٩٨م لتسعة أمراض يتوافر لها لقاحات موصى باستخدامها دوليًا لتحصين الأطفال قبل عام ١٩٩٠م، الولايات المتحدة.

المرض	مستوى الإصابة السنوية فى القرن العشرين	الإصابة عام ١٩٩٨م (تقديرية)	نسبة الإنخفاض
الجدرى	٤٨,١٦٤	٠	١٠٠٪
الدفتيريا	١٧٥,٨٨٥	١	١٠٠٪
السعال الديكى	١٤٧,٢٧١	٦,٢٧٩	٩٥,٧٪
الكزاز	١,٣١٤	٣٤	٩٧,٤٪
شلل الأطفال	١٦,٣١٦	٠	١٠٠٪
الحصبة	٥٠٣,٢٨٢	٨٩	١٠٠٪
النكاف	١٥٢,٢٠٩	٦٠٦	٩٩,٦٪
الحصبة الألمانية	٤٧,٧٤٥	٣٤٥	٩٩,٣٪
متلازمة الحصبة الألمانية الخلقية	٨٢٣	٥	٩٩,٤٪
عدوى المستدمية النزلية (نوع ب)	٢٠,٠٠٠	٥٤	٩٩,٧٪

المصدر أعيد طباعته من:

Public Health Advertisements, United States, 1900-1999: Impact of Vaccines Universally Recommended for Children, Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 48, No. 12, pp. 243-248, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

مثال ... يتبع

وأسهمت السيطرة على الحيوانات والحشرات أيضًا فى انخفاض المرض. كما أدت برامج التحصين المنظمة على المستوى الوطنى والمنسق لها على مستوى الولايات وبرامج السيطرة على الحيوانات فى القضاء على انتقال داء الكلب من الكلب إلى الكلب. أما الملاريا التى كانت تشكل فى السابق وباء فى الجنوب الغربى للولايات المتحدة فقد انخفضت مستويات الإصابة بها إلى معدلات لا تذكر فى أواخر الأربعينيات من القرن العشرين. وقد لعبت البرامج الإقليمية للسيطرة على البعوض دورًا مهمًا فى هذه الجهود. كما قلت الإصابة بالطاعون. وقد تولت مصلحة مستشفى البحرية الأمريكية (U.S. Marine Hospital Service) الذى أصبحت فيما بعد مصلحة الصحة العامة (Public Health Service) قيادة أنشطة الحجر الصحى وتفتيش السفن وعمليات السيطرة على القوارض ونواقل الجراثيم. وقد حدث آخر تفشٍ للطاعون مرتبط بالفئران فى الولايات المتحدة خلال الفترة الممتدة من عام ١٩٢٤م وحتى عام ١٩٢٥م فى مدينة لوس أنجلوس (Los Angeles). وتعتبر هذا الحادثة آخر حالة يتم الكشف عنها لانتقال الطاعون من شخص إلى آخر فى الولايات المتحدة (عن طريق استنشاق الرذاذ الملوث المصاحب لسعال المصابين).

فى عام ١٩٠٠م لم يكن هناك سوى عدد قليل من الإجراءات العلاجية والوقائية ضد الأمراض المعدية. وعلى الرغم من اكتشاف أول لقاح ضد الجدرى فى عام ١٧٩٦م إلا أن استخدامه (الذى لم يتم إلا بعد مرور مائة عام من ذلك التاريخ) لم يكن على نطاق واسع بحيث تتم السيطرة على المرض بشكل تام. كما أنه تم تطوير أربع لقاحات أخرى ضد أمراض داء الكلب والتيفوئيد والكوليرا والطاعون فى أواخر القرن التاسع عشر إلا أنها وحتى عام ١٩٠٠م لم تستخدم على نطاق واسع.

وقد تم منذ عام ١٩٠٠م اكتشاف أو التصريح للقاحات ضد واحد وعشرين مرضًا آخر. وقد أوصى باستخدام عشرة من هذه اللقاحات فى فئات سكانية مختارة فقط أكثر عرضة للخطر بسبب اعتبارات المنطقة السكنية والعمر والحالة الصحية والسلوك الصحى. أما اللقاحات الإحدى عشر الأخرى فقد أوصى باستخدامها لجميع أطفال الولايات المتحدة.

وقد تم خلال القرن العشرين إحراز تقدم مهم فى السيطرة على العديد من الأمراض التى يمكن الوقاية منها عن طريق التحصين. حيث تم استئصال الجدرى والتخلص من شلل الأطفال الذى تسببه فيروسات من النوع الضارى وخفض أمراض الحصبة وعدوى المستدمية النزلية نوع (ب) الشائعين بين فئة الأطفال ممن هم دون خمس سنوات إلى أرقام قياسية منخفضة فى عدد الحالات.

وقد بدأت الجهود الوطنية لتعزيز استخدام التحصينات بين الأطفال مع تخصيص الموارد المالية الاتحادية للتحصين ضد شلل الأطفال بعد اعتماد اللقاح فى عام ١٩٥٥م. ومنذ ذلك الحين تضافرت جهود الحكومات على المستويات الاتحادية والولايات والمحليات مع مقدمى الرعاية الصحية فى القطاعين الخاص والعام لتطوير وصيانة نظام نشر التحصينات فى الولايات المتحدة.

وقد تم تسجيل انخفاض مذهل فى الوفيات من الأمراض التسعة التى يمكن الوقاية منها عن طريق التحصينات التى أوصى باستخدامها على نحو شامل لجميع الأطفال قبل عام ١٩٩٠م (باستثناء التهاب الكبد الوبائى (ب) وفيروس روتا (rotavirus) ولجديرى). كما انخفضت الإصابات

مثال ... يتبع

المرتبطة بالجدرى وشلل الأطفال الذى تسببه فيروسات من النوع الضارى بنسبة ١٠٠٪ وبنسبة ١٠٠٪ تقريباً للأمراض السبعة الأخرى.

ولقد تم تطوير البنسلين إلى منتج طبى متوافر على نطاق واسع كعلاج سريع ومتكامل لأمراض بكتيرية كانت سابقًا مستعصية العلاج حيث تميز البنسلين بقدرته على معالجة أمراض عديدة وبتأثيرات جانبية أقل من عقاقير السلفا (مجموعة من المركبات الكيميائية تستخدم كمضادات للجراثيم فى معالجة كثير من الأمراض). وبالرغم من اكتشافه بالمصادفة فى عام ١٩٢٨م فإنه لم يتم تطوير البنسلين للاستخدام الطبى إلا فى الأربعينيات عندما تم إنتاجه بكميات وافرة واستخدم من قبل العسكرية الأمريكية لعلاج الجنود المرضى والجرحى.

وقد شملت التطورات التكنولوجية التى زادت من القدرة فى اكتشاف وتشخيص ومراقبة الأمراض المعدية كلاً من التقدم الحادث فى بدايات القرن فى مجال الاختبارات فى علم الأمصال والتقدم المعاصر فى حقل التحاليل الجزئية المعتمدة على الحامض النووى وفحوص المضادات الحيوية. وقد زاد استخدام الحاسب الآلى والنماذج الإلكترونية فى الاتصالات من القدرة فى جمع وتحليل ونشر البيانات الخاصة بمراقبة الأمراض.

وفى خلال الربع الأخير من القرن العشرين وفر علم الأحياء الجزئية وسائل جديدة فعالة لاكتشاف وتصنيف الجراثيم المعدية. وأدى استخدام تقنيات تهجين وتسلسل الحامض النووى إلى إمكانية تصنيف العوامل المسببة لأمراض غير معروفة من قبل (على سبيل المثال التهاب الكبد الوبائى (س) ومرض إرليخ الذى يصيب الإنسان (human ehrlichiosis) وفيروس هانتا -han) (tavirus والمتلازمة الرئوية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ومرض فيروس نيبا -Nipah vi) (rus disease. كما زادت الوسائل فى حقل الأحياء الجزئية من القدرة على رصد انتقال الأمراض الجديدة وإيجاد طرق حديثة للوقاية منها وعلاجها. ولو ظهر الإيدز (AIDS) قبل مائة عام عندما كانت طرق التشخيص المعتمدة على الاختبارات المعملية فى مراحل تطورها الأولية لظل مرضاً غامضاً لعشرات السنين. إضافة إلى أن العقاقير المستخدمة فى علاج الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV) ومنع انتقال العدوى للجنين فى أثناء الحمل (مثل استنساخ المتناظرات (replication analogues) والعوامل المبطئة للنشاط الكيمائى للبروتياز ((protease inhibitors) قد تم تطويرها بناء على الفهم الحديث لقدرة الفيروسات على التكاثر (retroviral replication) على المستوى الجزئى.

المصدر بتصرف من:

Public Health Achievements, United States, 1900-1999: Impact of Vaccines Universally Recommended for Children, Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 48, No.12, pp. 243-248, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999, and Public Health Achievements, United States, 1900-1999: Control of Infectious Diseases, Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 48, No.29, pp. 621-629, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

خاتمة:

يستدعى مفهوم الصحة العامة انطباعات متباينة لدى مختلف الناس، وحتى لنفس المجموعة من الناس فإن المفهوم يمكن أن يعنى أشياء مختلفة فى مضامين مختلفة. وكان الغرض من هذا الفصل هو تحديد بعض المفاهيم الشائعة عن الصحة العامة فى الولايات المتحدة. هل الصحة العامة مشروع اجتماعى شائك وديناميكى تشبه الحركة الاجتماعية أو السياسية ؟ أو هل من الأفضل اعتبارها هدفًا يشمل تحسين النتائج الصحية والحالة الصحية ويمكن بلوغه عن طريق العمل الذى نقوم به بصورة فردية وجماعية؟ أو هل الصحة العامة مجموعة من الأنشطة التى تدفعنا بشكل أقرب لبلوغ طموحاتنا؟ أو هل يمكن اعتبار الصحة العامة مجرد ما يأتى إلينا من مؤسساتنا الرسمية الحكومية الصحية وهو مزيج غريب من الخدمات الطبية المخصصة للفقراء ومجموعة متنوعة من الخدمات الوقائية المقدمة للفئات السكانية والتى غالبًا ما تكون غير ملموسة؟

وبالرغم من أن التفكير فى حذف مصطلح الصحة العامة من مفرداتنا اللغوية هو عملية مغرية بسبب الأعباء المرتبطة بهذه التصورات المختلفة، إلا أن هذا لن يترتب عليه إزالة العقبات التى تقف حائلاً دون تحقيق مهمتنا الرئيسة؛ لأن الصحة العامة تشمل جميع تلك التصورات وربما أكثر منها!

والصحة العامة فريدة من نواحٍ عدة عطفًا على مبادئ العدالة الاجتماعية وطبيعة الصحة العامة السياسية المتأصلة فى عملياتها وتناولها لجدول أعمال من المشاكل يتسم بنزعة توسعية وارتباطها الذى لا خلاص منه بالحكومة وتأسيسها على العلوم وتركيزها على إستراتيجيات وقائية وقواها العاملة المرتبطة بطموحات مشتركة. وكان لجهود الصحة العامة إسهامات رئيسية فى التحسينات الحديثة التى طرأت على الحالة الصحية ومن الممكن أن تسهم بشكل أكبر ونحن على مشارف قرن جديد يحمل فى طياته تحديات جديدة.

وبنظرة فاحصة للأبعاد المختلفة لنظام الصحة العامة من خلال مدخلاته وممارسته ومخرجاته ونتائجه، نستطيع أن نتعرف على ما تعمله الصحة العامة وكيفية عملها وكيف يمكن تحسينها. ولا تأتى النتائج الأفضل عن طريق وضع أهداف جديدة ولكنها تأتى من خلال فهم وتطوير العمليات التى سوف ينتج عنها مخرجات أفضل والتى بدورها تفضى إلى نتائج أفضل. وسوف يستمر هذا الإطار فى فهم نظام الصحة العامة وممارسة الصحة العامة باعتبار ذلك خطوة ضرورية لتحسينها فى الظهور عبر الفصول اللاحقة من هذا الكتاب.

أسئلة وتمارين للمناقشة

١- أى تعريف للصحة العامة يصف بشكل أفضل الصحة العامة فى القرن الحادى والعشرين؟

٢- إلى أى حد أسهمت الصحة العامة فى التحسينات التى طرأت على الحالة الصحية والنتائج الصحية عبر التاريخ؟

٣- ما هى الظواهر التاريخية المسئولة عن تطوير استجابات الصحة العامة؟

٤- ما هى خصائص الصحة العامة التى تميزها عن الحقول الأخرى؟ أى الخصائص أكثر تميزاً للصحة العامة؟ أى الخصائص أكثر أهمية؟

٥- بسبب رغبتك فى العمل فى مجال الصحة العامة، طلب منك أحد المنتجين العاملين فى إحدى محطات التلفاز المحلية تزويده ببعض المقترحات التى يمكن أن تساعده على إنتاج فيلم لتعريف الناس بالصحة العامة. ما هى الأفكار والرسائل التى يمكن أن تقترحها لهذا الفيلم. ما هو الأسلوب الذى سوف تقترحه لتقديم وعرض تلك الرسائل؟

٦- احتوت الكتب التاريخية على القليل حول مشكلات واستجابات الصحة العامة مما يوحى بأن تلك المسائل لم تكن مؤثرة فى التاريخ. تأمل فى الاستعمار الأوربى للأمريكتين بدأ من القرن السادس عشر ثم علل كيف تمكن كورتيز (Cortez) وغيره من الرموز الأوربية من إخضاع الثقافات الأمريكية الأصلية التى شملت ملايين الناس؟ ما هو الدور، إن وجد، الذى لعبته أفكار ومسائل الصحة العامة فى هذا الشأن؟

٧- اختر أحد الوقائع أو الأحداث الحديثة نسبيًا (خلال السنوات الثلاث الماضية) والتى كانت سببًا فى أن تحظى أحد مواضيع أو مشاكل الصحة العامة بهالة إعلامية كبيرة (مثل تسمم منتجات اللحوم وتسوية إحدى القضايا المرفوعة فى المحاكم ضد شركات التبغ، إعصار، فيضان). ثم بين كيف أثرت المفاهيم المختلفة حول ماهية الصحة العامة على ردود الأفعال الشعبية والرسمية تجاه هذه الواقعة أو الحدث؟

٨- راجع تاريخ أنشطة الصحة العامة فى مدينة شيكاغو خلال الفترة ١٨٣٤م-١٩٩٩م الموضح فى ملحق(١-أ) ثم صف كيف أن إستراتيجيات وتدخلات الصحة العامة قد تغيرت عبر الزمن فى الولايات المتحدة. ماهى العوامل المسئولة بشكل أكبر عن تلك التغيرات؟ هل يقترح هذا بأن وظائف الصحة العامة قد تغيرت هى أيضًا؟

٩- ادخل إلى موقع المكتبة الوطنية للطب (the National Library of Medicine) على الإنترنت على العنوان (http://www.nlm.nih.gov) ثم قم بإجراء بحث للموضوعات مستخدمًا الكلمات الرئيسية المرتبطة بتعريف وتطور والحالة الراهنة للصحة العامة. وضح محددات البحث الذى أجريته والمحتوى العام لأبرز مقالة وجدتها.

١٠- تفحص مواقع الإنترنت الواردة فى القائمة التالية وتعرف على محتوياتها العامة. فأىٌ منها تعتقد أنها أكثر فائدة فى توفير المعلومات والتصورات المرتبطة بالسؤال التالى: ماهى الصحة العامة؟ لماذا؟ هل هناك مواقع أخرى تقترح إضافتها إلى هذه القائمة؟

- اتحاد الصحة العامة الأمريكى (American of Public Health Association)

العنوان: (http://www.apha.org).

- اتحاد ممثلى الصحة فى الولايات والمقاطعات

(Association of State and Territorial Health Officials)

العنوان: (http://www.astho.org).

- اتحاد ممثلى الصحة فى الأقاليم والمدن

(Association of County and City Health Officials)

العنوان: (http://www.naccho.org).

- مؤسسة الصحة العامة الوقفية (Public Health Foundation)

العنوان: (http://www.phf.org).

- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية

(U.S. Department of Health And Human Services)

العنوان: (http://www.dhhs.org) ووكالات خدمات الصحة العامة المتعددة التابعة لها وتشمل:

مراكز السيطرة والوقاية من المرض (Centers for Disease Control and Prevention) والعنوان هو (http://www.cdc.gov)، وإدارة الأغـــذيـة والأدويـة (Food and Drug Administration) والعنوان هو (http://www.fda.gov)، وإدارة الموارد والخدمات الصحيةHealth Resources and) Services Administration) والعنوان هو (http://www.hrsa.gov)، والمعاهد الوطنيـة للصحـة (National Institutes of Health) والعنوان هو (http://www.nih.gov)، ووكالة الرعاية الصحية للبحـوث والجـودة (Agency for Healthcare Research and Quality) والعنوان هو: //:http) www.ahrq.gov)، وغيرها.

- وكالة حماية البيئة الأمريكية (U.S. Environmental Protection Agency) والعنوان هو //:http) www.epa.gov).

- إدارات الصحة فى الولايات ويمكن الوصول إليها عن طريق موقع الإنترنت الخاص بـ (ASTHO).

- إدارات الصحة المحلية ويمكن الوصول إليها عن طريق موقع الإنترنت الخاص بـ (NACCHO). وغيره من المواقع الخاصة بالمنظمات الوطنية وإدارات الصحة فى الولايات.

- اتحاد كليات الصحة العامة (Association of Schools of Public Health (ASPH)) والعنوان هو (http://www.asph.org) ومواقع الإنترنت الخاصة بتلك الكليات عن طريق الموقع الخاص باتحاد كليات الصحة العامة (ASPH).

المراجع:

١- Winslow CEA. Public health. at the crossroads. Am J Public Health. 1926;16:1075-1085.

٢- Hinman A. Eradication of vaccine-preventable diseases. Am Rev Public Health. 1999;20:211-229.

٣- For a Healthy Nation: Returns on Investment in Public Health. Washington, DC: US Public Health Service (PHS); 1994.

٤- McNeil WH. Plagues and Peoples. New York: Doubleday; 1977.

٥- Paneth N, Vinten-Johansen P, Brody H. A rivalry of foulness: Official and unofficial investigations of the London cholera epidemic of 1854. Am J Public Health. 1998;88:1545-1553.

٦- Hamlin C. Could you starve to death in England in 1839? The Chadwick-Farr controversy and the loss of the "social" in public health. Am J Public Health. 1995;85:856-866.

٧- Institute of Medicine, National Academy of Sciences. The Future of Public Health. Washington, DC: National Academy Press; 1988.

٨- Winslow CEA. The untitled field of public health. Mod Med. 1920;2:183-191.

٩- Vickers G. What sets the goals of public health? Lancet. 1958;1:599-604.

١٠- Baker EL, Melton RJ, Stange PV, et al. Health reform and the health of the public. JAMA. 1994;272:1276-1282.

١١- Harrel JA, Baker EL. The essential services of public health. Leadership Public Health. 1994;3(3):27-30.

١٢- Handler A, Issel Lm, Turnock BJ. A conceptual framework for measuring public health system performance. Am J Public Health. 2000; in press.

١٣- Public Health Functions Steering Committee. Public Health in America. Washington, DC:PHS;1995.

١٤- Krieger N, Brin AE. A vision of social justice as the foundation of public health: Commemorating 150 years of the spirit of 1848. Am J Public Health. 1998;88:1603-1606.

١٥- Beauchamp DE. Public health as social justice. Inquiry. 1976;13(1):3-14.

١٦- Susser M. Health as a human right: an epidemiologist's perspective on public health. Am J Public Health. 1993;83:418-426.

١٧- Afifi AA, Breslow L. The maturing paradigm of public health. Ann Rev Public Health. 1994;15:223-235.

١٨- Harris Polls. Public Opinion about Public Health, United States. 1999.

١٩- Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. Improving health: measuring effects of medical care. Milbank Q. 1994;72:225-258.

٢٠- Hammonds Em. Childhood's deadly Scourge: the Campaign to Control Diphtheria in New York City, 1880-1930. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1999.

ملحق ١-أ
مختارات من تاريخ أنشطة الصحة العامة فى شيكاغو (Chicago)، ١٨٣٤-١٩٩٩م

١٨٣٤ تشكيل مجلس مؤقت للصحة لمكافحة خطر الكوليرا.

١٨٣٥ تأسيس المجلس الصحى لمدينة شيكاغو (Chicago Board of Health) من قبل الهيئة التشريعية للولاية لضمان الصحة العامة للسكان بسبب تهديد وباء الكوليرا. كانت بلدة شيكاغو (Town of Chicago فى ذلك الوقت تضم حوالى ٣,٢٦٥ ساكنًا.

١٨٣٧ دمجت شيكاغو كمدينة تضم ٤,١٧٠ ساكنًا. وتم تعيين ثلاثة مفوضين وموظف صحى لتفتيش الأسواق وإعداد شهادات الوفاة، وبناء مستشفى للأمراض المعدية، وزيارة الأشخاص المصابين بالأمراض المعدية فى منازلهم ودخول السفن فى الموانئ لإجراء الفحص الصحى على أفراد طاقمها.

١٨٤١ بدأت الإحصاءات الحيوية بشكل محدود عن طريق جمع المعلومات (العمر، الجنس، المرض) المتعلقة بالوفيات. وتم إصدار قانون محلى يقضى بضرورة تسجيل الوفيات ولكن لم يتم تطبيقه بصورة إلزامية إلا بعد مرور عدة سنوات.

١٨٤٦ انبثقت لجنة عن الجمعية الطبية لشيكاغو (Chicago Medical Society) ونشرت معدلات الوفيات حتى عام ١٨٥٠م.

١٨٤٨ مباشرة الجهد التعاونى الأول من نوعه بين المشتغلين فى الطب ومسئولى المدينة للوقاية من انتشار وباء الجدرى حيث تطوع الأطباء لتحصين الفقراء مجانًا.

١٨٤٩ انتقلت الكوليرا إلى شيكاغو بواسطة مركب لنقل المهاجرين والمسمى جون درو (John Drew) من ولاية نيوأورلينز (New Orleans)، قاتلة فردًا واحدًا من كل ٣٦ فردًا من المجموع الكلى للسكان. وقد تم تعيين موظف صحى لكل منطقة من مناطق المدينة.

١٨٥١ قانون محلى جديد يمنح مجلس المدينة صلاحيات أوسع فى الشئون الصحية. وتم تقليص سلطات مجلس الصحة نتيجة لخلو المدينة من أمراض الجدرى والكوليرا فى منتصف الخمسينيات من القرن التاسع عشر.

١٨٥٥ أصبح الصرف الصحى قضية وتم تشكيل مجلس مفوضى الصرف الصحى (Board of Sewerage Commissioners) وإنشاء أول بالوعة فى السنة التالية.

وبدأ يظهر إعلان الحجر الصحى الملصق على الجدران للمرة الأولى بلافتات تقرأ "الجدرى هنا" بعد وفاة ٣٠ شخصاً بالمرض.

١٨٥٧ أدى الكساد المالى لعام ١٨٥٧م إلى حل مجلس الصحة (Board of Health) وتحويل مهامه إلى قسم الشرطة (Police Department) بعد أن اعتبر من الكماليات. وتم الانتهاء من تشييد مستشفى جديد دائم للمدينة بتكلفة بلغت ٧٥,٠٠٠ دولار (وقد تم فيما بعد ضم هذا المستشفى من قبل مستشفى إقليم كوك (Cook County Hospital) من أوائل المبانى التابعة للمستشفى).

١٨٦٢ تفشى وباء الجدرى دفع مجلس المدينة إلى تعيين موظف صحى للعمل مع قسم الشرطة إلا أن محدودية مدة ومهام المنصب جعلت منه عديم الفائدة.

١٨٦٧ تأسس مجلس صحة جديد استجابة لتفشى وباء الكوليرا فى عام ١٨٦٦م ومنحه صلاحيات مستقلة عن مجلس المدينة وقسم الشرطة.

١٨٦٨ البدء فى معاينة اللحوم فى ساحات اتحاد تجار الماشية (Union Stock Yards).

١٨٦٩ مجلس الصحة يفرض تحصين جميع الأطفال.

١٨٧٠ إصدار أول قانون محلى ينظم صناعة الحليب، جاعلاً من بيع الحليب المقشود (skim milk) بدون ملصق يشير إلى محتواه عملاً غير قانونى.

١٨٧١ تقديم المساعدة للاجئين من حريق شيكاغو (Chicago Fire)، وإجراء الفحص على مخيمات المشردين، والبدء فى الإجراءات الخاصة بمخزون الأغذية والوقاية من الأوبئة. سجلات المواليد والوفيات فقدت فى الحريق.

١٨٧٢ كآثار مترتبة عن الحريق العظيم (the Great Fire)، ارتفع معدل الوفيات بمقدار ٣٢,٦٪ أى ما يعادل ٢٧,٦ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ شخص. الجدرى يهاجم ٢,٣٨٢ شخصاً ويقتل ٦٥٥ . بلغت الوفيات بين الأطفال دون خمس سنوات أعلى مستوى يتم تسجيله. (فى الفترة من عام ١٨٤٣م وحتى عام ١٨٧٢م، نصف مجموع الوفيات التى حدثت فى المدينة كانت بين فئة الأطفال دون خمس سنوات).

١٨٧٦ إعادة تصنيف الوظائف الصحية لسلطة المدينة تحت إدارة الصحة وإيجاد وظيفة بمسمى مفوض الصحة (Commissioner of Health).

١٨٧٧ مفوض الصحة يفرض على الأطباء رفع تقارير عن الأمراض المعدية وهو أمر قوبل بالمعارضة من قبل العديد من الأطباء.

١٨٨٥ تفشى أمراض الكوليرا والتيفوئيد يقتل ٩٠,٠٠٠ من سكان شيكاغو بعد أن أدت عاصفة عنيفة إلى تسرب مياه الصرف الصحى إلى بحيرة ميتشيجان (Lake Michigan) والتى تعتبر مصدراً لمياه الشرب لسكان المدينة.

١٨٨٨ تأسيس رابطة الممرضات الزائرات التابعة لمدينة شيكاغو (Chicago visiting Nursing Association).

١٨٨٩ إصدار قوانين صرف المياه وسباكتها، وتعيين خمس نساء مفتشات للمساكن.

١٨٩٠ وضع مهمة التخلص من النفايات تحت مسئولية موظف صحى فى إدارة الصحة.

١٨٩٢ بدء الفحص الشامل على الحليب. وعلى الرغم من وجود قوانين تفرض على الأطباء التبليغ عن الأمراض المعدية إلا أن الأطباء يطالبون بدفع أجور لهم مقابل قيامهم بهذه المهمة كما هو الحال عليه تحت قوانين الولاية التى تنص على دفع أجور للأطباء نظير قيامهم بالتبليغ عن حالات الولادة. ونظراً لعدم حصولهم على مثل هذا الأجر؛ فقد رفض العديد من الأطباء الالتزام بقوانين التبليغ عن الأمراض المعدية مما أدى إلى محاكمتهم قضائياً.

١٨٩٣ افتتاح معمل بكتيريولوجى لإجراء الفحوصات المجهرية على عينات الحليب وتحليل عينات البكتيريا المزروعة من خلايا الحنجرة للكشف عن الدفتيريا. القيام بحملة توعية صحية "لغلى المياه" للوقاية من مرض التيفوئيد.

١٨٩٤/٩٣ حلول آخر وباء للجدرى ينتج عنه خسائر فادحة فى الأرواح (١,٠٣٣ حالة وفاة فى عامه الثانى). القيام بجهود نشطة للتحصين (تم إعطاء ١,٠٨٤,٥٠٠ جرعة تحصين) نتج عنها انخفاض فى عدد الحالات ليبلغ عدد الحالات ٧ فى عام ١٨٩٧م. وخلال هذه الفترة، كانت إدارة الصحة أول من يعلن تفوق اللقاح المحفوظ بالغليسيرين والمختوم كيميائياً. تم توزيع نشرات صحية عن رعاية الأطفال حديثى الولادة فى الأجواء المناخية الحارة كأحد أول جهود تثقيف العامة. إدارة الصحة تبدأ فى إصدار النشرة الشهرية للوفيات (Monthly Statement of Mortality).

١٨٩٥ ترويج أول مضاد مستخدم لإحداث المناعة ضد الدفتيريا، وتعيين فرق للتحصين بالمضاد. البدء فى إجراء التحليل اليومى لمخزون المياه.

١٨٩٦ البدء فى إجراءات المعاينة لكلية الطب – وتعد شيكاغو المدينة الثانية فى الولايات المتحدة التى تقوم بهذا الإجراء. إصدار اللوائح المنظمة لمهنة القبالة (فن توليد النساء).

١٨٩٩ حملة صحية ضد وفيات الأطفال تلقى دعم فرق مكونة من ٧٣ طبيباً.

١٩٠٠ نجح المهندسون الصحيون فى عكس اتجاه جريان نهر شيكاغو (Chicago River) للحيلولة دون ظهور الأوبئة جاعلين من مدينة شيكاغو المدينة الوحيدة فى العالم التى يوجد بها نهر يجرى بصورة معاكسة لمجراه الطبيعي. إدارة الصحة تصدر دراسة تقول إن متوسط مدة حياة الفرد فى شيكاغو قد زاد أكثر من الضعف خلال جيل من الزمن.

١٩٠١ إصدار قانون محلى يمنع البصق فى الأماكن العامة. إدارة الصحة تبدأ فى إصدار نشرة حالة الصحة فى المدينة (City's State Health) فى الصحف بصفة أسبوعية والتوقف عن إصدار النشرة الشهرية للوفيات (Monthly Statement of Mortality).

١٩٠٢ إنشاء مفوضية الحليب لشيكاغو (Milk Commission of Chicago) للتأكد من توفير الحليب المبستر للأطفال المحتاجين. البدء فى معاينة منتجات الحليب ومشتقاته وقيام اتحاد شيكاغو الأهلى (Chicago Civic Federation) بالتكفل وبشكل أولى برواتب اثنين من المفتشين. أول نشر لمحظورات الرابع من يوليو (Fourth of July "Don'ts") والتى تهدف للوقاية من الحوادث.

١٩٠٣ تأسست لجنة الدرن التابعة لرابطة المرضات الزائرات (Tuberculosis Committee of the Visiting Nurse Association) والتى تم اعتمادها فى عام ١٩٠٦م بمسمى معهد شيكاغو للدرن (Chicago Tuberculosis Institute).

١٩٠٥ التصدى لفيضانات المجارى فى الشارع التاسع والثلاثون (39the Street)، ونتج عن ذلك الجهد خفض ملحوظ فى الوفيات الناتجة عن مرض التيفوئيد.

١٩٠٦ مجلس المدينة يوافق على قانون محلى ينظم عملية التصريح للمطاعم ومراقبتها.

١٩٠٧ معهد شيكاغو للدرن يفتتح مستوصفات لتشخيص وعلاج حالات الدرن.

١٩٠٨ البدء فى برنامج متكامل للأمراض السارية، وإرسال ١٠٠ طبيب إلى المناطق المزدحمة خلال شهرى يوليو وأغسطس لتدريب الأمهات فى مجال رعاية المواليد. إعارة أربعين ممرضة إلى إدارة الصحة من قبل رابطة المرضات الزائرات فى مدينة شيكاغو (Visiting Nurses Association of Chicago) للمساعدة فى جهود السيطرة على وباء الحمى القرمزية. وكانت أولئك المرضات على درجة كبيرة من الفعالية؛ مما أدى إلى قيام مجلس المدينة بتخصيص المال اللازم لتعيين أول ممرضة فى إدارة الصحة للعمل فى مجال رعاية الأمومة والطفولة والأمراض التناسلية والسارية.

١٩٠٩ شيكاغو تصبح المدينة الأولى فى الولايات المتحدة التى تتبنى قانونًا للبسترة الإجبارية للحليب. التعاون بين ممرضات متخصصات فى الصحة العامة تابعات لمجلس الصحة (Board of Health) ورابطة الممرضات الزائرات والمؤسسات الخيرية المتحدة (United Charities) لتولى مهمة البحث عن الأطفال الرضع الذين يعانون الأمراض، ومن ثم توجيه هؤلاء الأطفال وأمهاتهم إلى المخيمات المخصصة لتقديم الرعاية الصحية وعقد حلقات التوعية الصحية لهم.

١٩١٠ تأسيس مستوصف الصحة الاجتماعية المحلى (Municipal Social Hygiene Clinic) والطلب من المستوصفات إرسال تقارير عن الأمراض التناسلية. تعميم مواصفات الحليب الجديدة على الأيس كريم. تكليف ممرضات تابعات لإدارة الصحة للقيام للمتابعة المركزة للأطفال فى أجنحة المستشفيات والتى تعانى ارتفاعًا فى معدلات وفيات الأطفال حديثى الولادة. إعتماد جمعية رعاية الأطفال حديثى الولادة (Infant Welfare Society) كبديل لمفوضية الحليب (Milk Commission).

١٩١١ قانون محلى يحظر استخدام أكواب الشرب والمنشفات الدوارة المشاعة.

١٩١٢ البدء فى تعقيم مياه مدينة شيكاغو، وخلال أربع سنوات أصبح جميع مخزون المدينة من المياه خاضعًا للمعالجة؛ مما أدى إلى انخفاض ملحوظ فى معدل الحمى التيفوئيدية فى المدينة – من ثانى أعلى معدل من بين المدن العشرين الكبرى فى الولايات المتحدة فى عام ١٨٨١م إلى أدنى معدل بحلول عام ١٩١٧م.

١٩١٥ انقلاب مركب مخصص للرحلات البحرية يعرف بـ الإيست لاند (Eastland) ملىء بالركاب فى أثناء رسوه بقرب جسر فى شارع كلارك (Clark Street) ونجم عن الحادث وفاة ٨١٢ شخصًا وهذا العدد يفوق عدد ضحايا حادث التايتنك (Titanic) الشهير بـ ٣٠٠ شخص. تقديم خدمات العناية بالأسنان فى المدارس الحكومية فى شيكاغو بعد برنامج تجريبى استمر لمدة ثلاث سنوات وقدم له الدعم المالى من قبل أحد المحسنين المحليين. افتتاح مصحة الدرن المحلية (Municipal Tuberculosis Sanitarium).

١٩١٦ البدء فى تنفيذ سياسة تهدف إلى إدخال جميع حالات الشلل الطفولى (شلل الأطفال) لتلقى العلاج فى المستشفى بعد وفاة ٣٤ مريضًا من مجموع ٢٥٤ مصابًا بالمرض.

١٩١٧ إنشاء مستشفى الأمراض المعدية المحلى (Municipal Contagious Disease Hospital). وإصدار عدد من القوانين المحلية التى تتروح ما بين الطلب فى

إرسال تقارير عن انتشار وعلاج الأمراض التناسلية إلى فحص المقيمين، الإسطبلات، وحظائر الماشية ضد البراغيث. بدء التحصين ضد الدفتيريا باستخدام لقاح فون بيهرنج (Von Behring) لإحداث المناعة ضد الدفتيريا فى المدارس والمعاهد الحكومية.

١٩١٨ الأنفلونزا تنضم لقائمة الأمراض التى يجب إرسال تقارير عنها، بعد وصول وباء الأنفلونزا إلى شيكاغو متسببًا فى ٣٨١ وفاة فى يوم واحد (السابع عشر من أكتوبر) فقط.

١٩١٩ إدارة الصحة تفوز بأولى قضاياها فى محاكمة ملاك العقار لإخفاقهم فى توفير التدفئة الكافية للمستأجرين.

١٩٢٠ المحكمة العليا لإقليم كوك (Superior Court of Cook County) تؤيد حق إدارة الصحة فى إجراء الحجر الصحى على الناقلات الحاملة للعدوى.

١٩٢٢ مفوض الصحة الجديد يبدأ حملة ضد الأمراض التناسلية مستعينًا بالتثقيف الصحى وتوزيع الأدوات الواقية من الأمراض التناسلية فى بيوت الدعارة. معارضة المشتغلين بالطب لهذه الخطوة بناءً على اعتبارات أخلاقية أكثر من كونها اعتبارات طبية.

١٩٢٣ تعيين لجنة لرعاية ما قبل الولادة كأول الجهود الرامية لتنسيق أنشطة جميع المؤسسات العاملة فى مجال رعاية ما قبل الولادة فى المدينة. البدء فى فحص المعسكرات الصيفية للأطفال. إنشاء عيادات لعلاج الأمراض التناسلية داخل السجن ودار الإصلاح التابعين لإقليم كوك (Cook County Jails and House of Correction).

١٩٢٤ توزيع نشرات توعية للوقاية من الأمراض التناسلية على ٥٠٠,٠٠٠ منزل فى مدينة شيكاغو.

١٩٢٥ إدارة الصحة تقر جدولاً منتظمًا للزيارات المنزلية التى تقوم بها المرضات خلال الأشهر الستة الأولى من حياة الأطفال حديثى الولادة. البدء فى عقد المؤتمرات عن رعاية الأطفال ممن هم دون سن المدرسة. الأمر بتركيب نوعيات صحية من نوافير الشرب.

١٩٢٧ مفوض الصحة يضطر للاستقالة من منصبه عندما أمر عمدة المدينة إدارة الصحة بأن تتضمن المعلومات الموزعة على الأمهات والخاصة برعاية الأطفال معلومات ذات صبغة سياسية.

١٩٣٠ حملة مركزة ضد الدفتيريا ينتج عنها إعطاء ٤٠٠,٢١٩ جرعة تحصين فى خلال ثلاثة أشهر.

١٩٣٢ نقل طاقم مكون من ٣٠٠ ممرضة بواسطة الحافلات فى جميع أنحاء المدينة لإعطاء لقاحات الدفتيريا. إرسال الأطباء إلى منازل الأمهات غير القادرات على إحضار أطفالهم لمراكز الرعاية لأخذ جرعات التحصين. بعد حملة التحصين، انخفض عدد الحالات إلى ٥٤ وحدوث ٩ وفيات مقارنة بـ ١,٢٦٦ حالة مرضية و٦٨ حالة وفاة فى السنة السابقة.

١٩٣٣ حدوث تفشى لوباء الزحار الأميبى بين زوار المدينة الذين قدموا للمشاركة فى احتفال بمرور قرن من التقدم (Century of Progress) (١,٤٠٩ حالة مرضية و٩٨ وفاة متفرقة بين ٤٣ ولاية ومستعمرة هاواى the Territory of Hawaii وثلاث مقاطعات كندية) فى أول ملاحظة لوباء من هذا المرض ينتقل عن طريق الماء بين سكان مدنيين. وقد تم إرجاع سببه إلى تلوث للمياه ناتج عن عيوب فى السباكة.

١٩٣٤ البدء فى إجراء فحص شامل على توصيلات السباكة المقطعية فى الفنادق والمبانى التجارية لمنع حدوث تفشى للزحار الأميبى فى المستقبل. وإصابة ٦٩ شخصًا بالحمى التيفوئيدية ووفاة ١١ منهم نتيجة للشرب من مصادر مياه ملوثة فى حريق ساحات اتحاد تجار الماشية (Union Stock Yards) فى ١٩ مايو.

١٩٣٥ صدور قانون محلى يقضى ببيع الحليب ومنتجات الحليب ذات الفئة (أ) فقط فى شيكاغو. البدء فى برنامج خيرى لرعاية الأطفال الخدّج. مركز لحليب الأم يبدأ العمل لتوفير الحليب الطبيعى للأطفال الخدّج والمرضى أو الواهنين من الأطفال حديثى الولادة ممن لا تستطيع أمهاتهم تحمل تكاليف هذه الخدمة.

١٩٣٦ حدوث ٢١٠ حالة وفاة فى فصل الصيف نتيجة لضربات الشمس والإجهاد البدنى مقارنة بـ ١١ وفاة لنفس السبب فى عام ١٩٣٥م. وبوجود ١,٠٠٠ طفل خديج تحت الملاحظة، تم افتتاح مركزين إضافيين لرعاية هذه الفئة من الأطفال مما رفع عدد الاجتماعات المتاحة إلى ٣١ كل أسبوع.

١٩٣٧ مدارس شيكاغو الحكومية تفتح أبوابها متأخرة ثلاثة أسابيع بسبب الخوف من شلل الأطفال. تأسيس مشروع شيكاغو للسيطرة على الزهرى (Chicago Syph-ilis Control Project) مع التركيز على الكيفية التى يتم بها كسر سلسلة انتقال العدوى.

١٩٤٢ مركز شيكاغو للعناية المركزة بالأمراض التناسلية (Chicago Intensive Treat-ment Center for Venereal Disease) يبذل جهداً ناجحًا جداً أهله للحصول على ثناء إدارة الحرب (War Department) وتسجيل انخفاض فى معدل الأمراض التناسلية بعد تسريح الجيش فى الحرب العالمية الثانية على عكس المدن الكبيرة الأخرى التى سجلت معدلات مرتفعة جداً.

١٩٤٦ قيام مصلحة الصحة العامة الأمريكية (U.S. Public Health Service) بالاستعانة بخبراء من خارج المدينة لإجراء مسح صحى فى إقليم كوك التابع لمدينة شيكاغو اشتمل على مراجعة لجميع المرافق التابعة للمدينة والإقليم. وقد تمخض عن هذه الخطوة العديد من التوصيات شملت زيادة عدد مراقبى الأغذية وإنشاء مراكز صحية فى المناطق وإعادة هيكلة مجلس الصحة ليضم مديراً تنفيذياً ونواباً له فى مجالات الهندسة والطب الوقائى والخدمات الصحية للمناطق.

١٩٤٧ الموافقة على إنشاء قسم مختص بالصحة النفسية فى إدارة الصحة.

١٩٤٨ منحة اتحادية بمبلغ ٤٦,٢٧٠ دولاراً مقدمة عن طريق الولاية لتمويل برنامج للطب النفسى. اعتماد قانون محلى شامل للأغذية من قبل المجلس النيابى للمدينة.

١٩٥٢ شيكاغو تحصى ١,٢٠٣ حالة من شلل الأطفال شاملة على ٨٢ حالة وفاة ومئات الأشخاص المصابين بالشلل.الأسر المصابة بالرعب تمنع صغارها من ارتياد دور السينما والمسابح العامة. إغلاق الشواطئ. البدء فى برنامج للقضاء على الحشرات والقوارض.

١٩٥٥ شيكاغو تصبح من أول المدن فى الولايات المتحدة التى تستخدم لقاح سولك (Salk vaccine) بعد الإعلان عن سلامته وفعاليته ضد فيروس شلل الأطفال فى ١٢ أبريل.

١٩٥٦ إشارات تحذيرية عن وصول وباء شلل الأطفال تؤدى إلى إعطاء جرعات من لقاح سولك على نطاق واسع فى جميع أنحاء المدينة، حيث اتخذ العاملون فى إدارة الصحة من المتاجر الخالية ومرائب السيارات ونواصى الشوارع وظهور العربات والحجر الموجودة فى الملاعب العامة مراكزَ لأداء مهامهم. شيكاغو تتصدر المدن الأمريكية الرئيسية فى تنفيذ برنامج لإضافة مركب الفلورايد للمياه وأدى ذلك إلى التقليل من حالات تسوس الأسنان بين الأطفال.

١٩٥٧ إنشاء قسم الرعاية التمريضية فى المنازل ووحدة لمعاينة المستشفيات.

١٩٥٨ بدء العمل فى قسم للأمراض المزمنة وجعل الصحة النفسية أحد أنشطته.

١٩٥٩ بدء العمل فى أول مركز اجتماعى للصحة النفسية فى الناحية الشرقية من المدينة.

١٩٦٠ دائرة الرعاية المؤسساتية (the Bureau of Institutional Care) تدمج خدمات التمريض فى المنازل ومعاينة المستشفيات.

١٩٦١ شعبة صحة البالغين والمسنين (the Division of Adult Health and Aging) تبدأ فى إدراج أنشطة الأمراض المزمنة وأمراض أوعية القلب ومرض السكر وسرطان عنق الرحم وحمى القلب الروماتزمية والتغذية. إجراءات فحص التسمم بالرصاص تبدأ فى الناحية الغربية من شيكاغو.

١٩٦٢ إنشاء قسم الصحة النفسية فى إدارة الصحة والذى ألحق به أكثر من ١٥ مركزًا للصحة النفسية موزعة على المناطق السكانية.

١٩٦٥ البدء فى برنامج تنظيم الأسرة فى عدد محدود من العيادات.

١٩٦٦ البدء فى إجراء الفحوصات للكشف عن مرض الأنيميا المنجلية. البدء فى إجراء المسح الصحى للكشف عن حالات التسمم بالرصاص وتوفير الرعاية الصحية للمصابين.

١٩٦٨ البدء فى التخطيط لإنشاء المراكز الصحية الشاملة فى الأحياء (Comprehensive Neighborhood Health Centers) فى أربع مناطق بالتعاون مع برنامج شيكاغو للمدن النموذجية (Chicago Model Cities Program).

١٩٧٠ افتتاح أول مركز ضمن برنامج أحياء المدن النموذجية (Model Cities Neighborhood Health Center) فى منطقة أب تاون (Uptown) . تسجيل رقم قياسى فى إعطاء جرعات التحصين بلغ ١,٢ مليون جرعة قدمت لأطفال مدينة شيكاغو.

١٩٧٣ افتتاح مركز إنجل وود التابع لبرنامج أحياء المدن النموذجية (Englewood Neighborhood Health Center). اعتماد ٤٠ مستشفى كمراكز إسعافية وفقًا لقانون الولاية الخاص بالخدمات الطبية الإسعافية.

١٩٧٤ البدء فى برنامج التغذية التكميلى للنساء والرضع والأطفال (Women, Infants and Children (WIC) supplemental nutrition program). افتتاح عيادة للمواطنين المسنين ومركز جديد لعلاج ارتفاع ضغط الدم والكشف عن خطط ترمى للإغلاق التدريجى لمصحة الدرن .

١٩٧٥ قيام مجلس المدينة بمراجعة القانون المحلى؛ بهدف تحديد مهام مجلس الصحة المكون من ٩ أعضاء ليصبح هيئة صانعة للسياسات وتصبح إدارة الصحة الجهة

المسئولة عن إدارة البرامج الصحية وتطبيق القوانين. تقسيم خدمات الدرن الخارجية إلى خمس مراكز صحية.

١٩٧٦ إدارة الصحة تقوم بتشكيل لجنة متعددة التخصصات حول موضوع إساءة معاملة القصر ضمت ممثلين عن مؤسسات صحية ووجهات مختصة بتنفيذ القانون ومؤسسات الرعاية الاجتماعية.

١٩٨١ مركز شيكاغو لعلاج إدمان الكحول (Chicago Alcohol Treatment Center) يصبح تحت النطاق الإشرافى لإدارة الصحة ليتم إغلاقه بعد ذلك بعدة سنوات وتحويل مخصصاته المالية لدعم الجهات العاملة فى مجال تقديم خدمات علاج إدمان المواد المخدرة فى التجمعات السكانية. البدء فى برنامج صحة اللاجئين.

١٩٨٣ إنشاء فريق عمل حول موضوع الإيدز خاص بمنطقة شيكاغو (Chicago Area AIDS Task Force). إدارة الصحة تقوم بإنشاء مكتب لتولى الأنشطة المتعلقة بالإيدز (AIDS Activity Office).

١٩٨٤ البدء فى برنامج صحى مشترك مع المستشفيات للتأكد من استمرارية توفير الرعاية الصحية للمرضى التابعين لإدارة الصحة.

١٩٨٥ إدارة الصحة ترعى أول مؤتمر رئيسى من نوعه على مستوى المدينة للأساقفة حول موضوع الدين والصحة.

١٩٨٦ الانتهاء من إعداد الخطة الإستراتيجية لخفض معدلات وفيات الأطفال حديثى الولادة.

١٩٨٧ الإعلان عن أول حالة وفاة لطفل بسبب تسمم بالرصاص منذ حوالى عشر سنوات تؤدى إلى إنشاء فريق عمل تابع لمكتب عمدة المدينة حول موضوع تسمم الرصاص (The Mayor's Task Force on Lead Poisoning).

١٩٨٩ إدارة الصحة تتولى التنسيق لتطوير خطة شيكاغو الإستراتيجية لمكافحة الإيدز (Chicago AIDS Strategic Plan) من خلال هيئة استشارية متعددة التخصصات ضمت فى عضويتها ١٢٥ شخصاً.

١٩٩٠ انبثاق خطة عن قمة شيكاغو/إقليم كوك للرعاية الصحية (Chicago/Cook County Health Care Summit) تهدف إلى تحسين نظام توفير الرعاية الصحية على المستوى المحلى، وتدعو لإحداث تغييرات فى نظام الرعاية الإسعافية وإعادة هيكلة الرعاية المقدمة فى أقسام التنويم فى المستشفيات وإدخال تعديلات على نظام

تمويل الرعاية الصحية. ونتيجة لهذه القمة تم إنشاء مجلس شيكاغو وإقليم كوك للرعاية الإسعافية (the Chicago and Cook County Ambulatory Care Council) بغرض تحديد الاحتياجات الصحية والقيام بمبادرات فى هذا الشأن.

١٩٩١ إنشاء مكتب علم الأوبئة (Epidemiology Office) التابع لإدارة الصحة.

١٩٩٥ ارتفاع شديد فى درجات الحرارة فى مدينة شيكاغو خلال شهر يوليو ينتج عنه ٥١٤ حالة وفاة مرتبطة بالارتفاع فى درجات الحرارة. إنشاء مكتب الوقاية من العنف (Violence Office).

١٩٩٧ مجلس المدينة يصدر قانون حماية المستهلك الخاص بنظام الرعاية الصحية الاقتصادية (Managed Care Consumer Protection) والذى كلف بموجبه إدارة الصحة بإنشاء مكتب نظام الرعاية الصحية الاقتصادى (Managed Care Office) والذى يعتبر أول جهد محلى على المستوى القومى لمراقبة المؤسسات العاملة فى مجال الرعاية الصحية الإقتصادية.

١٩٩٨ إدارة الصحة تقوم بدور المنسق لتطوير الخطة الإستراتيجية لمحاربة العنف الخاصة بمدينة شيكاغو (Chicago Violence Prevention Strategic Plan) والتى أسهم فى إعدادها أكثر من ٥٠ مشاركًا.

١٩٩٩ المجموعة التعاونية لنقطة التحول لمدينة شيكاغو (Chicago Turning Point Partnership) تجتمع لإعداد خطة لتعزيز البنية التحتية للصحة العامة فى مدينة شيكاغو.

المصدر بتصرف من:

Years of Municipal Health Care in the City of Chicago: Board of Health, Department of Health 1835-1985, Chicago Department of Health, 1985; T.N. Bonner, Medicine in Chicago: 1850-1950, The Social and scientific Development of a City; and The Rise and Fall of Disease in Illinois, Illinois Department of Health, 1927.

الفصل الثاني

مفهوم وقياس الصحة

بدأ القرن الحادى والعشرون كسابقه حاملاً فرصًا هائلة لإحراز تقدم فى مجال الصحة العامة من خلال أفعال تهيئ أوضاع ملائمة للصحة وجودة الحياة. وتقوم جميع الأنظمة بتوجيه جهودها لتحقيق أهداف معينة وتتابع تطورها من خلال التأكد بأن تلك الأهداف محددة بوضوح وقابلة للقياس. وفى مجال الصحة العامة، يجب علينا هذا بأن نقوم بإيضاح تعاريف ومقاييس الصحة العامة فى المجتمعات السكانية. وهذه المهمة هى ما سوف يركز عليها هذا الفصل من الكتاب. ومن الأسئلة الرئيسية التى سوف يتم التعرض لها ما يلى:

- ما هى الصحة؟
- ما هى العوامل المؤثرة فى الصحة والمرض؟
- كيف يمكن قياس الحالة الصحية وجودة الحياة؟
- ماذا تقول لنا المقاييس الحديثة عن الحالة الصحية وجودة الحياة بالنسبة للأمريكيين فى مطلع القرن الحادى والعشرين؟
- كيف نستخدم هذه المعلومات لتطوير سياسات وتدخلات عامة فعالة؟

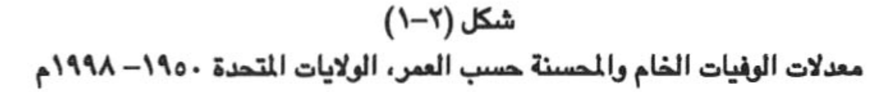
وتكمن صلة هذه الأسئلة بالموضوع فى تركيزها على العوامل التى تسبب أو تؤثر فى نتائج صحية محددة. وقد اعتمدت الجهود الرامية لتحديد وقياس جوانب رئيسية فى الصحة والعوامل المؤثرة فيها على أساليب تقليدية عبر القرن الماضى على الرغم من الدلائل التى تشير إلى أن هذا النمط ربما يكون فى حالة تغير مستمرة. وسوف يتم التطرق للأسئلة الرئيسية المذكورة سابقًا بصورة غير مرتبة لأسباب سوف تكون واضحة للقارئ كلما تقدمنا فى الحديث.

الصحة فى الولايات المتحدة:

هناك العديد من المؤشرات للحالة الصحية فى الولايات المتحدة التى تحسنت بشكل ملحوظ خلال القرن الماضى على الرغم من الشواهد التى تشير بأنه كان من الممكن تحسين الحالة الصحية بشكل أفضل مما هو عليه الحال اليوم. فى مطلع القرن، كان قرابة ٢٪ من سكان الولايات المتحدة يموتون كل سنة. وقد بلغ معدل الوفيات الخام فى عام ١٩٠٠م حوالى ١,٧٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة، وكانت الأسباب الرئيسية لتلك الوفيات على النحو التالى: الأنفلونزا والالتهاب الرئوى، الدرن، الإسهال والأمراض المرتبطة به، أمراض القلب، السكتة الدماغية، التهاب الكلى المزمن، الحوادث، السرطان،

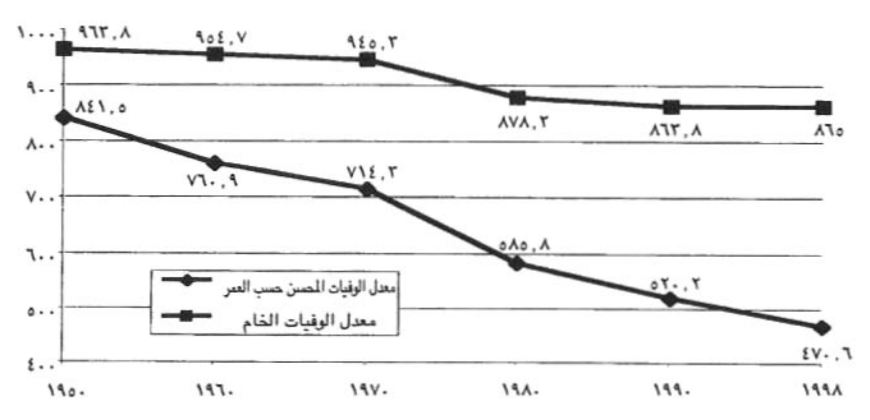
الحالات الناشئة قبل الولادة والدفتيريا. وبلغ العمر المتوقع عند الولادة ٤٧ سنة. فى حين بلغ العمر الإضافى المتوقع عند سن ٦٥ اثنتى عشرة سنة أخرى. وقد كان كل من الطب والرعاية الصحية فى الغالب مملوكين ومدارين بوصفهما أملاكًا شخصية فى عام ١٩٠٠م وكانت فائدتهما فى موضع الشك. ولربما كانت المعلومات المكثفة عن الحالة الصحية للسكان فى ذلك الوقت مفيدة ولكنه لم يكن متوافراً منها سوى القليل جداً.

وخلال القرن العشرين، تحسنت مؤشرات الحالة الصحية فى الولايات المتحدة[١]. حيث إنه بحلول عام ١٩٩٩، انخفض معدل الوفيات الخام (crude death rate) بمقدار النصف فبلغ حوالى ٨٥٠ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة. وعند تحسين هذا المعدل على أساس العمر فإن التحسينات الطارئة تثير الإعجاب بشكل أكبر. فقد انخفض معدل الوفيات المحسن حسب العمر (age-adjusted mortality rate) بنسبة ٧٥٪ تقريبًا بين عامى ١٩٠٠م و١٩٩٩م حيث بلغ ٤٧٠ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة (بلغ ٨٤٠ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة فى عام ١٩٥٠م) (شكل (٢-١)). كما انخفضت معدلات وفيات حديثى الولادة والأطفال بنسبة ٩٥٪ ومعدلات وفيات المراهقين والبالغين الشباب بنسبة ٨٠٪ ومعدلات وفيات البالغين من سن ٢٥ إلى ٦٤ بنسبة ٦٠٪ وحتى معدل وفيات البالغين الكبار (فوق سن ٦٥) انخفض بنسبة ٣٥٪.



شكل (٢-١)

معدلات الوفيات الخام والمحسنة حسب العمر، الولايات المتحدة ١٩٥٠- ١٩٩٨م



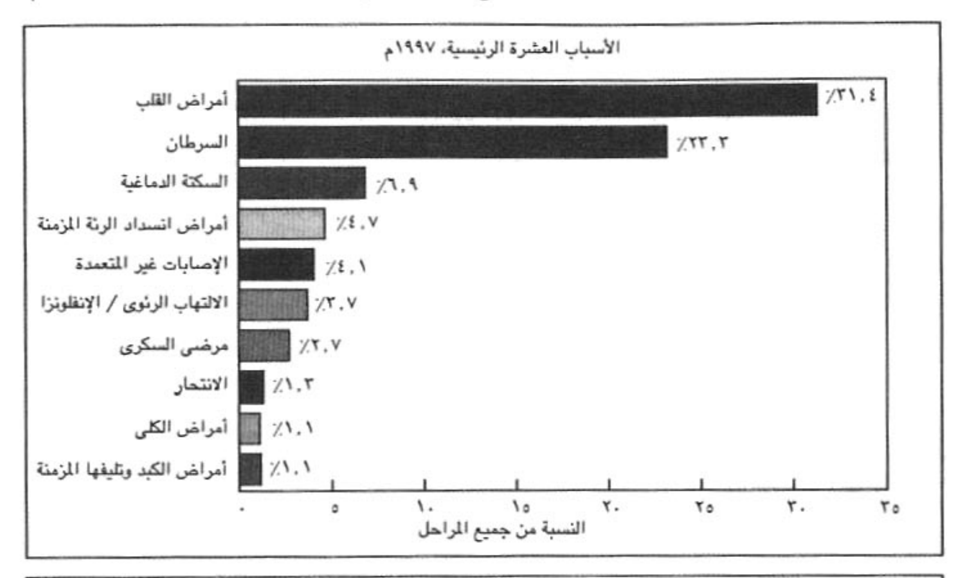
المصدر بتصرف من:

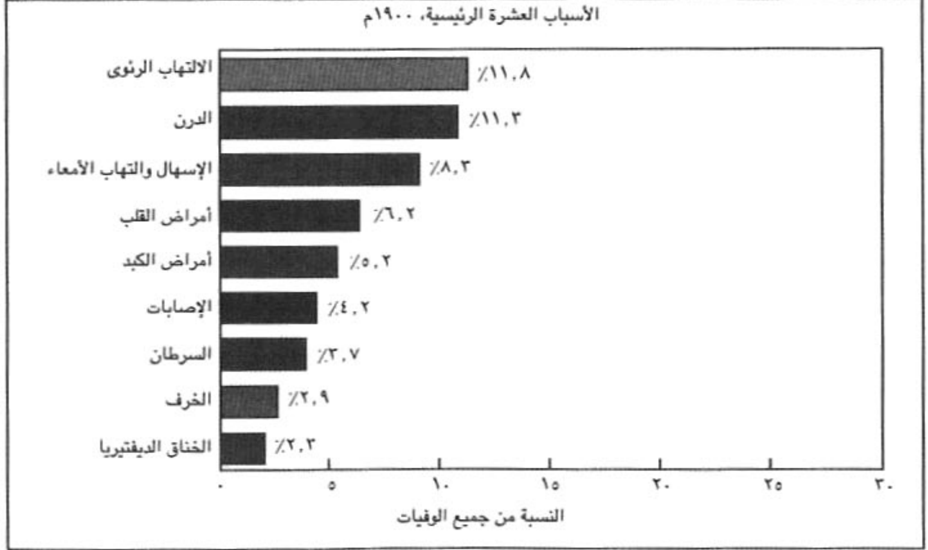
Health United States 1999, National Center for Health Statistics, Public Health Service, 1999.

كما تغيرت الأسباب الرئيسية للوفاة بشكل مثير بين عامى ١٩٠٠م و١٩٩٩م كما توضحه معدلات الوفيات الخام الواردة فى شكل (٢-٢). حيث اختفت أمراض الدرن والتهابات المعدة والأمعاء والدفتيريا وأمراض الطفولة من قائمة الأمراض العشرة القاتلة كما انخفضت معدلات الوفيات الخام الناجمة عن الأنفلونزا والالتهاب الرئوى بأكثر من ٨٠٪. وقد احتلت الأمراض المرتبطة بتقدم العمر وغيرها من الحالات المزمنة محل تلك الأمراض المعدية على الرغم من دخول مرض معدٍ جديد (الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب) كسبب رئيسى للوفيات خلال الثمانينياتٍ الميلادية. كما نتج عن التغيرات فى التركيبة العمرية للسكان (خاصة الزيادة فى الأشخاص ممن هم فوق سن ٦٥) زيادات فى المعدلات الخام الإجمالية لأمراض القلب والسرطان وظهور داء السكرى والانتحار وأمراض الرئة والكبد المزمنة فى القائمة الحديثة للعشرة الأسباب الرئيسية للوفيات.

وتعتبر هذه التغيرات فى معدلات الوفيات الخام مسئولة بشكل جزئى فقط عن الزيادة فى العمر المتوقع والبالغ حوالى ٧٧ سنة بحلول عام ١٩٩٨م. كما بلغ العمر المتوقع عند سن ٦٥ ثمانى عشرة سنة إضافية. وقد أسهمت معدلات الوفيات المحسنة حسب العمر بدور أكبر فى زيادة العمر المتوقع. وفى العقود الحديثة، فاقت الزيادات فى معدلات الأعمار بين فئات البالغين نظيراتها بين الفئات العمرية الصغيرة. وقد بدأت هذه الظاهرة فى حوالى عام ١٩٦٠م عندما تسارع التقدم نحو خفض الوفيات الناتجة عن الإصابات وبعض الأمراض المزمنة الرئيسية التى تصيب بشكل رئيسى فئات البالغين (كما أن الانخفاض الأولى فى معدلات وفيات الأطفال حد من إمكانية إحداث تحسينات أكبر بين الفئات العمرية الصغيرة). ويوضح جدول (٢-١) التغيرات فى التكرار المعدل حسب العمر بالنسبة للأسباب الرئيسية للوفاة فى العقدين الأخيرين من القرن العشرين. حيث صاحب الانخفاض المستمر فى معدلات أمراض القلب والسكتة الدماغية والإصابات غير المتعمدة انخفاض أكثر حداثة فى معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب وحوادث القتل والانتحار. فى حين ارتفعت معدلات الوفيات المحسنة حسب العمر لداء السكرى ومرض الخرف (Alzheimer) وأمراض الرئة والكلى والكبد المزمنة. وتشير هذه الأمراض إلى نمط الإصابات الحديثة المرتبطة بطول مدة عمر الفرد.

شكل (٢-٢)
الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة منسوبة لجميع الوفيات فى الولايات المتحدة،١٩٠٠ و١٩٩٧م





المصدر أعيد طباعته من:

Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

ويوضح جدول (٢-١) أيضًا الاختلافات الواضحة التى توجد فى الولايات المتحدة فى جميع الأسباب الرئيسية للوفاة تقريبًا. وتعتبر الفروقات بين المجموعات العرقية المختلفة هى الأكثر وضوحًا ولكن يوجد أيضًا اختلافات كبيرة حسب الجنس فى أسباب الوفاة المختلفة. وغالبًا ما تكون هذه الفروقات كبيرة وفى جميع الأحوال فهى تدعو إلى القلق. وتنتشر تلك الفروقات فى جميع مراحل السلسلة السببية للمرض، كما أن وجود تلك الفروقات لا يقتصر على مؤشرات النتائج الصحية السلبية مثل الوفيات بل تشمل جميع مستويات العوامل المنشئة للخطر فى الفئات السكانية الأكثر تأثرًا. ويعتبر الفرق فى العمر المتوقع بين الإناث البيض والذكور السود والبالغ ١٢ سنة أحد مقاييس الاختلاف التى تنذر بالخطر.

كما أن هناك أيضًا دلائل تشير إلى أن الصحة فى تحسن وأن مستويات الإعاقة فى انخفاض بين الفئات السكانية عبر الزمن. حيث إن مستويات الإعاقة بين فئة الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم من ٥٥ إلى ٧٠ سنة والذين يعتبرون بمنزلة الأحفاد لأفراد العينة التى ضمتها دراسة فرامنجهام للقلب (Framingham Heart Study) المشهورة كانت أقل بشكل كبير مقارنة بتجربة آبائهم خلال نفس الفئة العمرية[٢]. إضافة إلى أن عددًا قليلاً من أولئك الأحفاد قد أصيبوا بأمراض مزمنة أو أنهم قيموا حالاتهم الصحية على أنها مقبولة أو سيئة. كما طرأ تغير طفيف على التقرير الذاتى عن الحالة الصحية ومعوقات النشاط الناتجة عن الأمراض المزمنة خلال العقد الأخير من القرن العشرين. إضافة إلى أن الإصابات التى ينتج عنها غياب عن العمل قد انخفضت بشكل مستمر خلال نفس الفترة الزمنية.

وباختصار، فالمؤشرات الصحية للولايات المتحدة تروى لنا حكايتين مختلفتين جدًا. وفقًا للعديد من المؤشرات، فإنه لم يسبق لسكان الولايات المتحدة أن كانوا أصحاء كما هم عليه اليوم. وبمؤشرات أخرى، فهناك المزيد من المتطلبات التى يجب تلبيتها لفئات عرقية معينة ولبعض المجموعات من حيث الأنوثة والذكورة. حيث لم تكن هناك مشاركة متساوية من قبل جميع الفئات السكانية فى التحسينات التى طرأت على العديد من المؤشرات الصحية. وفى الحقيقة، فإن الاختلافات النسبية استمرت فى التزايد. ويخلق هذا الاتساع فى الفجوة الحادث فى الحالة الصحية مأزقًا للجهود المستقبلية لتحسين الصحة. ومن الممكن الوصول لأعظم المكاسب من خلال سد تلك الفجوات وتحقيق المساواة فى الحالة الصحية فى المجتمع. علاوة على ذلك فإن عبء الخطر الأكبر والحالة الصحية السيئة يكمنان فى جزء صغير نسبيًا من مجموع السكان؛ مما يستدعى توجيه الجهود لتلك الأقليات مع زيادة فى الموارد المتاحة. والبديل لهذا الطرح هو الاستمرار على نهج الإستراتيجيات ومستويات الموارد المتاحة الحالية. وعلى الرغم من إمكانية أن يستمر هذا البديل بثبات فى إحداث تحسن كلى بين جميع الفئات السكانية، فإن الاحتمالية الكبرى

هى استمرار الفجوات الحالية أو حتى تفاقمها. ومع حلول القرن الحالى يبدو أن التحدى الصحى الرئيسى الذى يواجه الولايات المتحدة هو أقل ارتباطًا بالحاجة إلى تحسين النتائج الصحية على مستوى الفئات السكانية من ارتباطه بالحاجة إلى إزالة أو خفض تلك الفوارق. ويخلق هذا الوضع تحديًا لمدى التزام الأمة بمبادئ المساواة والعدالة الاجتماعية. ولكن معالجة عدم المساواة فى مقاييس الصحة وجودة الحياة يتطلب فهمًا أشمل للصحة وللمقاييس أو المؤشرات المستخدمة فى وصفها من ذلك الفهم الذى توفره لنا معدلات الوفيات والعمر المتوقع.

جدول (٢-١)

المعدلات المحسنة حسب العمر للوفيات من الأسباب الرئيسية الخمسة عشرة لعام ١٩٩٦م، مع تغير النسبة من عام ١٩٧٩م إلى عام ١٩٩٦م والنسبة حسب الجنس والعرق، الولايات المتحدة

سبب الوفاة	نسبة الوفيات	المعدل ١٩٩٦م	١٩٧٩ - ١٩٩٦م ٪ التغيير	النسبة: الذكور للإناث	النسبة: السود للبيض
أمراض القلب	٣١,٧	١٣٤,٥	(٣٢,٦)	١,٨	١,٥
السرطانات الخبيثة	٢٣,٣	١٢٧,٩	(٢,٢)	١,٤	١,٣
أمراض الأوعية الدماغية	٦,٩	٢٦,٤	(٣٢,٥)	١,٢	١,٨
أمراض الرئة المزمنة	٤,٦	٢١,٠	٤٣,٨	١,٥	٠,٨
الحوادث والنتائج السلبية	٤,١	٣٠,٤	(٢٩,١)	٢,٤	١,٢
حوادث السيارات	١,٩	١٦,٢	(٣٠,٢)	٢,٢	١,٠
جميع الحوادث الأخرى	٢,٢	١٤,٢	(٢٧,٦)	٢,٧	١,٥
الالتهاب الرئوى والأنفلونزا	٣,٦	١٢,٨	١٤,٣	١,٦	١,٥
داء السكرى	٢,٧	١٣,٦	٣٨,٨	١,٢	٢,٤
الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب	١,٣	١١,١	—	٤,٣	٥,٨
الانتحار	١,٣	١٠,٨	(٧,٧)	٤,٥	٠,٦
أمراض الكبد المزمنة والتليف الكبدى	١,١	٧,٥	(٣٧,٥)	٢,٤	١,٣
التهاب الكلى المزمن	١,٠	٤,٣	—	١,٥	٢,٦
تعفن الدم	٠,٩	٤,١	٧٨,٣	١,٣	٢,٨
مرض الخرف (Alzheimer)	٠,٩	٢,٧	١٢٥٠,٠	٠,٩	٠,٧
القتل	٠,٩	٨,٥	(١٦,٧)	٣,٧	٦,٢
تصلب الشرايين	٠,٧	٢,٢	(٦١,٤)	١,٣	١,١

ملاحظة: المعدلات لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان والعمر معدل حسب التعداد السكانى للولايات المتحدة لعام ١٩٤٠م.

المصدر أعيد طباعتها من:

1999 National Vital Statistics Report, Vol. 47, No. 9, National Center for Health Statistics, Public Health Service, November 10, 1998.

الصحة، العلة والمرض:

تعتبر العلاقة بين النتائج والعوامل التى تؤثر فيها معقدة وغالبًا ما تختلط بالإدراك المختلف للمفاهيم موضوع البحث والكيفية التى تقاس بها تلك المفاهيم. كما أن الصحة تعتبر صعبة التعريف وقياسها هو أمر أشد صعوبة. وفى معظم فترات التاريخ كان مفهوم الصحة سلبيًا. ويعود ذلك بصورة جزئية إلى الفتك المستمر للأمراض الوبائية. ولكون المرض زائر دائم، أصبحت الصحة بمنزلة الحالة الخالية من المرض. فأصبح الفرد صحيحًا بحكم كونه خاليًا من المرض.

ولكن مع زيادة المعرفة بالمرض وتطوير سبل الوقاية والسيطرة، أصبح بالإمكان النظر إلى الصحة بمنظور إيجابى. وقد استغلت منظمة الصحة العالمية (the World Health Organization (WHO)) هذه الفرصة فى دستورها الصادر عام ١٩٤٦م عندما عرفت الصحة على أنها "ليس مجرد غياب المرض بل هى حالة من الصلاح الجسمانى والعقلى والاجتماعى المكتمل[٣]. ويؤكد هذا التعريف على وجود أنواع مترابطة على نحو متشابك من الصحة والمرض ويقترح قائمة طويلة من العوامل التى من الممكن أن تؤثر على عافية وسقم الأفراد والجماعات. ويقترح هذا التعريف أيضًا بأن الصحة ليست مفهومًا مطلقًا. وعلى الرغم من أن مفاهيم الصحة والعافية ربما يكون بعضها مرادفات للبعض الآخر، إلا أن مفاهيم الصحة والمرض ليس بالضرورة أنهما متضادان. ولا يزال معظم الناس ينظرون للصحة والمرض من خلال وجودهما على طول سلسلة متصلة وكأوضاع متضادة وموجودة بصورة أحادية متبادلة. ولكن هذا النموذج المبسط والأحادى البعد للصحة والمرض لا ينسجم بشكل جيد مع الواقع الحقيقى. فشخص ما قد يكون لديه مرض أو إصابة ويظل مستصحًا أو على الأقل يشعر بالصحة. وهناك العديد من الأمثلة، ولكن بالتأكيد فإن حالة المتسابق الأولمبى المقعد على كرسى المعاقين يمكن أن تندرج تحت هذه الفئة من الأشخاص. كما أنه من الممكن لشخص ما لا يعانى مرضًا أو إصابة معينة بأن يشعر بأنه مريض أو غير مستصح. وإذا سلمنا بعدم وجود الصحة والمرض بصورة أحادية متبادلة، فإنهما - إذن - يتواجدان فى أبعاد منفصلة حيث توجد الصحة والمرض فى جانب ويوجد حضور أو غياب المرض أو الإصابة فى الجانب الآخر.

وهذه الفروقات مهمة لأن المرض حالة موضوعية نسبيًا وظاهرة باثولوجية فى حين أن الصحة والمرض يمثلان تجارب ذاتية أو غير موضوعية. ويسمح هذا بوجود عدة حالات

مختلفة: صحة بدون مرض أو إصابة وصحة فى ظل وجود مرض أو إصابة وسقم بوجود مرض أو إصابة وسقم بدون وجود مرض جسمانى أو إصابة. وهذه النظرة المتعددة الأبعاد لحالات الصحة تنسجم مع تحديد منظمة الصحة العالمية لأبعاد الصحة والعافية الثلاثة: الجسمانى والعقلى والاجتماعى. والصحة أو العافية هما أكثر من مجرد غياب المرض فقط. إضافة إلى ذلك، من الممكن لشخص ما بأن يكون سليم البدن ولكنه ليس سليماً عقلياً واجتماعياً.

ومع قابلية الصحة للقياس باستخدام عدد من الأبعاد المختلفة، فإن السؤال الذى يطرح نفسه هو ما إذا كان يوجد هناك حد أعلى أو مثالى للصحة أو العافية أو أن الصحة هى شىء من الممكن تحسينه بشكل مستمر من خلال إحداث تغييرات فى جوانب الصحة الجسمانى والعقلى والاجتماعى. ويقترح الخيار الثانى أن يكون الهدف هو إيجاد حد أدنى مقبول من الصحة بدلاً من السعى للوصول إلى الحالة المطلقة الكاملة من الصحة. وجزئياً بسبب هذه الاعتبارات، قامت منظمة الصحة العالمية بإعادة صياغة تعريفها فى عام ١٩٧٨م داعية إلى مستوى من الصحة يسمح للناس بأن يعيشوا حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً[٤]. وأدى هذا إلى تحول فى تركيز الصحة من غاية فى حد ذاتها إلى كونها مورداً لحياة كل شخص وحلقة وصل بين القدرات البدنية والشخصية والاجتماعية. كما يقترح أيضاً بأن عملية تحديد مقاييس المرض ستكون أسهل من عملية تحديد مقاييس الصحة.

وغالباً ما ينظر للمرض والإصابة على أنهما ظواهر تؤدى إلى خسائر كبيرة وعجز فى الوظيفة الاجتماعية جاعلة الفرد غير قادر على القيام بوظائفه الشخصية والاجتماعية فى الحياة مثل الأبوة أو الأمومة والدراسة أو العمل. ومن هذا المنظور، تعتبر الصحة مساوية للعجز ويعتبر الأفراد القادرون على القيام بوظائفهم الأساسية أصحاء. وربما يكون هذا الوصف للصحة على أنها بمنزلة غياب العجز الواضح فى القدرات الوظيفية هو أكثر المفاهيم شيوعاً لهذه الحالة المرغوب فيها من قبل الجميع ألا وهى الصحة. ولكن لايزال هذا المفهوم سلبيا لأنه يعرف الصحة على أنها غياب العجز.

وعند محاولة قياس الصحة تصبح كل من اعتبارات الكم واعتبارات الكيف مهمة. ولكن ليس من السهولة دائمًا الإجابة على أسئلة "كم؟" و"بالمقارنة بماذا؟". فعلى سبيل المثال، الصحة الجسمانية لطفل عمره عشر سنوات تحمل فى مضمونها توقعات مختلفة عن التوقعات التى تحملها الصحة الجسمانية لشخص فى الثمانين من العمر. حيث إنه

من المعقول أن نستنتج أن الشيخوخة تؤدى إلى وهن تدريجى فى القدرة الوظيفية وأن هذا شىء طبيعى ولا يمكن الحيلولة دون حدوثه. ولهذا فإن إدراكنا للوظيفة الطبيعية تتأثر بعوامل اجتماعية وثقافية.

ولا يقتصر مفهوم العافية المقترح فى تعريف منظمة الصحة العالمية على الجوانب الجسمانية للصحة التى عادة ما يركز عليها عند إجراء القياسات والمقارنات. فإضافة الجوانب العقلية والاجتماعية لمفهوم العافية أو الصحة يبرر دراسة العوامل التى تؤثر على الصحة العقلية والاجتماعية. وتقترح هذه الأفكار مجتمعة بأننا نحتاج إلى أن ننظر بعناية إلى ما نود قياسه حتى نتمكن من إدراك ما تحاول تلك المقاييس أن تقوله لنا عن حالات الصحة والسقم والمرض فى المجتمع والعوامل التى تؤثر فى هذه النتائج.

قياس الصحة:

يوحى توافر المعلومات عن النتائج الصحية بأن قياس الحالة الصحية للسكان هى مهمة سهلة. ولكن المقاييس الشائعة الاستخدام للحالة الصحية تخفق فى رسم صورة كاملة للصحة على الرغم من أن تلك المقاييس دائماً ما تتسم بالتشويق وفى بعض الأحيان حتى بالإثارة. والعديد من أسباب ذلك تبدو واضحة. تعكس المقاييس الشائعة الاستخدام فى الواقع المرض والوفاة وليس الصحة بحد ذاتها. كما أن الاعتقاد القديم والخاطئ بأن الصحة هى مجرد غياب المرض تعززه السهولة النسبية التى يتم فيها قياس حالات المرض بالمقارنة بحالات الصحة. وفى الواقع، تركز معظم المؤشرات الشائعة الاستخدام على حالة هى فى الحقيقة ليست صحة أو مرض وإنما الوفاة.

وعلى الرغم من المشاكل العديدة المتعلقة باستخدام الوفاة مؤشراً للصحة، فإن بيانات الوفيات متوافرة بشكل عام وتستخدم على نطاق واسع فى وصف الحالة الصحية للسكان. ويدعو هذا للدهشة حقاً لأن تلك البيانات تصف فقط وبشكل غير مباشر الحالة الصحية للسكان الذين هم على قيد الحياة. ومع الأسف، فالبيانات حول (المرض والإصابة والعجز الوظيفى للسكان) إما أنها غير متوافرة أو أنها غير مفهومة كما هو الحال فى بيانات الوفيات. ولكن هذا الوضع فى تحسن فى ظل توافر نماذج ومصادر جديدة للمعلومات حول الأوضاع الصحية. وتشتمل مصادر المعلومات حول الإصابات والعجز فى الوقت الحاضر على الملفات الطبية من المستشفيات، منظمات إدارة الرعاية

الصحية الاقتصادية (managed care organizations) وغيرها من مقدمى الخدمات، بالإضافة إلى المعلومات المستمدة من المسوحات (surveys) والقطاع الخاص والمدارس، وغيرها من المصادر. وتقوم عمليات تقييم الحالة الصحية للسكان وعلى نحو متزايد بتوظيف مقاييس مستمدة من هذه المصادر. وسوف يصف الفصل السادس من هذا الكتاب بشكل أوسع مصادر البيانات والمعلومات المستخدمة فى الصحة العامة. ويعد التصنيف للبيانات والمعلومات حول الحالة الصحية والخدمات الصحية والذى يعرف بصحة الولايات المتحدة (Health United States)[1] والذى يصدر سنوياً عن المركز الوطنى للإحصاءات الصحية (the National Center for Health Statistics) مرجعًا ممتازاً فى هذا المجال. ومعظم البيانات المستخدمة فى هذا الفصل من الكتاب هى مستمدة من هذا المصدر.

المؤشرات المبنية على الوفاة:

على الرغم من أن المؤشرات عن الحالة الصحية المبنية على الوفاة مستخدمة ومفيدة على نطاق واسع، إلا أنه يوجد هناك اختلافات مهمة فى استخدامها وتفسيرها. وأكثر هذه المؤشرات شيوعًا واستخدامًا ما يلى: معدل الوفيات الخام ومعدل الوفيات الخاصة بفئات عمرية معينة (age-specific mortality) و معدل الوفيات المعدل حسب العمر والعمر المتوقع (life expectancy) وعدد سنوات العمر المحتملة الضائعة (Years of Potential Life Lost YPLL). وعلى الرغم من أن جميع هذه المعدلات مبنية على نفس الأحداث إلا أن كل واحد منها يوفر معلومات مختلفة بعض الشيء عن الحالة الصحية للسكان.

وتحسب معدلات الوفيات الخام الوفيات الحادثة بين جميع السكان ولا تتأثر بالاختلافات فى توزيع الأعمار فى الفئات السكانية المختلفة. وتبين المقارنات فى الوفيات الموضحة فى شكل (٢-١) سابقًا نواحى القصور الناجمة عن استخدام معدلات الوفيات الخام فى مقارنة تجربة الوفيات بين سكان الولايات المتحدة فى أواخر القرن العشرين وبين نظيرتها فى عام ١٩٥٠م. وبناء على تلك البيانات يمكن لنا أن نستنتج أن معدلات الوفيات فى الولايات المتحدة قد انخفضت حوالى ٥٠٪ منذ عام ١٩٠٠م. ولكن بسبب وجود نسبة كبيرة من السكان فى أواخر القرن العشرين فى فئات عمرية مرتفعة، فإن سكان الفترتين المذكورتين قد يكونون غير قابلين للمقارنة بصورة حقيقية. والواقع هو أن نسبة الانخفاض البالغة ٥٠٪ تصور الفروقات فى تجربة الوفيات عبر القرن العشرين على

نحو أقل مما تقتضيه الحقيقة. ونظراً لأهمية الاختلافات فى الخصائص العمرية بين الفئتين السكانيتين، فإننا نسعى للبحث عن أساليب تصحح أو تأخذ فى الاعتبار عامل العمر. ومعدلات الوفيات الخاصة بفئات عمرية معينة ومعدلات الوفيات المحسنة تقوم بهذه المهمة على وجه التحديد.

تقوم معدلات الوفيات الخاصة بفئات عمرية معينة بربط عدد الوفيات بعدد الأفراد فى فئة عمرية معينة. ويعتبر معدل وفيات الأطفال الرضع (infant mortality rate) من أفضل الأمثلة المعروفة فى هذا المجال حيث إنه يصف عدد وفيات الرضع الحادثة فى السنة الأولى من العمر لكل ١٠٠٠ رضيع مولود حى. ودائمًا ما تستخدم الدراسات والأبحاث فى مجال الصحة العامة معدلات الوفيات المحسنة لتعويض الخلل الناتج عن التركيبات السكانية المتباينة فى مجتمع ما مثل وجود نسبة عالية من الأطفال أو المسنين، على سبيل المثال. وتتم عملية حساب المعدلات المحسنة حسب العمر باستخدام المعدلات الخاصة بفئات عمرية معينة لفئة سكانية قياسية (غالبًا ما تكون سكان الولايات المتحدة الأمريكية لعام ١٩٤٠م). ويسمح هذا التعديل بإجراء مقارنات ذات معنى لتجربة الوفيات بين فئات سكانية ذات توزيع عمرى مختلف الأنماط. ومن الممكن أن تكون الفروق بين معدل الوفيات الخام وبين معدلات الوفيات المحسنة حسب العمر كبيرة مثل تلك الواردة فى شكل (٢-١). ويعود تفسير هذه الظاهرة ببساطة إلى أن التعداد السكانى فى نهاية القرن العشرين قد اشتمل على نسبة من الأفراد فى الفئات العمرية المرتفعة أعلى من تلك التى احتواها التعداد السكانى لعام ١٩٠٠م أو عام ١٩٥٠م. وباستخدام معدلات الوفيات الخام، بلغ التحسن بين عامى ١٩٥٠م و١٩٩٨م حوالى ١٠٪ فى حين أظهرت المعدلات المحسنة حسب العمر تحسنًا بلغ ٤٠٪.

العمر المتوقع، وهو مبنى أيضًا على تجربة الوفيات فى المجتمع، هو حساب عدد السنوات الواقعة بين عمر ما (الولادة أو عمر ٤٥ سنه مثلاً) وبين متوسط العمر عند الوفاة فى الفئة السكانية. ويكثر استخدام العمر المتوقع بالإضافة إلى معدلات وفيات الأطفال الرضع لإجراء المقارنات فى الحالة الصحية بين الدول. ودائمًا ما ينظر إلى هذين المؤشرين المبنيين على الوفيات على أنهما مؤشرات عامة للحالة الصحية السائدة فى مجتمع ما. وتعتبر مقاييس وفيات الأطفال الرضع والعمر المتوقع للولايات المتحدة معتدلة مقارنة بنظيراتها فى الدول المتقدمة الأخرى. ويوضح شكل رقم (٢-٣) مقارنة حديثة للعمر المتوقع حسب الجنس للولايات المتحدة وغيرها من الدول المختارة.

سنوات العمر المحتملة الضائعة هي أحد المؤشرات المبنية على الوفيات والتى تعطى وزنًا أكبر للوفيات الحادثة فى الفئات ذات الأعمار الصغيرة. ودائمًا ما يتم حساب سنوات العمر الضائعة قبل بلوغ عمر افتراضى معين (عادة عمر ٦٥ أو ٧٥) لقياس الأثر النسبى على المجتمع الناتج عن عدد من أسباب الوفيات المختلفة. وإذا ما اعتبرنا أن عمر ٦٥ هو المعيار أو العمر الافتراضى لحساب سنوات العمر المحتملة الضائعة، فإن وفاة طفل حديث الولادة يعنى إسهام تلك الوفاة بـ ٦٥ سنة محتملة ضائعة، كما أن وفاة شخص يبلغ من العمر ٢٥ سنة يعنى إسهامه بـ ٤٠ سنة محتملة ضائعة. فى حين وفاة شخص يبلغ السبعين من العمر بسبب السكتة الدماغية لا يسهم بأى عدد من سنوات العمر المحتملة الضائعة، وهكذا. وحتى وقت قريب نسبيًا، كان عمر ٦٥ سنة شائع الاستخدام معيارًا لحساب سنوات العمر المحتملة الضائعة ولكن وبعد تخطى الأعمار المتوقعة فى الوقت الحاضر حاجز الخمس والسبعين سنة عند الولادة، أصبح سن ٧٥ سنة هو الأكثر شيوعًا لحساب سنوات العمر الضائعة المحتملة.

ويوضح الجدول (٢-٢) بيانات حول سنوات العمر المحتملة الضائعة قبل بلوغ سن ٧٥ مشيرة إلى فائدة هذا المعدل فى تزويدنا برؤية مختلفة نوعًا ما لأى المشاكل أكثر أهمية من حيث الحجم والتأثير. ويصنف استخدام هذا المؤشر السرطان ومرض متلازمة نقص المناعة المكتسب والإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV/AIDS) وغيره من أنواع الإصابات ووفيات الأطفال الرضع فى ترتيب أعلى من الترتيب الناتج عن استخدام الأرقام أو المعدلات الخام. وبالعكس، فقد أدى استخدام المعدلات الخام إلى تصنيف أمراض القلب والسكتة الدماغية وسرطان الدم وداء السكرى وأمراض الرئة والكبد المزمنة فى مراتب أعلى مما هو عليه الحال باستخدام مؤشر سنوات العمر المحتملة الضائعة.

ويمكن معاينة أى من مؤشرات الوفيات المختلفة هذه الفئات سكانية معينة تتفاوت من حيث العرق والأصل لتحديد الاختلافات بين تلك الفئات. فعلى سبيل المثال، تراوحت معدلات سنوات العمل المحتملة الضائعة قبل بلوغ سن الخامسة والسبعين والمحسنة حسب العمر فى عام ١٩٩٧م من ٧,١١٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة بالنسبة لذوى الأصول اللاتينية (Hispanics) وحتى ١٦,٦٢١ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة للأمريكيين السود (blacks). وبلغ المعدل للفئات السكانية مجتمعة ٨,٣٨٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة. ويرجع سبب هذا التفاوت الكبير بالنسبة للأمريكيين السود بصورة رئيسية إلى الاختلافات فى وفيات الأطفال الرضع وجرائم القتل والوفيات الناتجة عن الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV).

شكل (٢-٣)
العمر المتوقع عند الولادة حسب الجنس مرتبًا وفقًا لدول مختارة، ١٩٩٥م

العمر المتوقع حسب الدولة

أنثى

الدولة	Years of Life Expectancy
اليابان	82.9
فرنسا	82.6
سويسرا	81.9
السويد	81.6
إسبانيا	81.5
كندا	81.2
أستراليا	80.9
إيطاليا	80.8
النرويج	80.7
هولندا	80.4
اليونان	80.3
فنلند	80.3
النمسا	80.1
ألمانيا	79.8
بلجيكا	79.8
إنجلترا وويلز	79.6
إسرائيل	79.3
سنغافورة	79.0
الولايات المتحدة	78.9

ذكر

الدولة	Years of Life Expectancy
اليابان	76.4
السويد	76.2
إسرائيل	75.3
كندا	75.2
سويسرا	75.1
اليونان	75.1
أستراليا	75.0
النرويج	74.9
هولندا	74.6
إيطاليا	74.4
إنجلترا وويلز	74.3
فرنسا	74.2
إسبانيا	74.2
النمسا	73.5
سنغافورة	73.4
ألمانيا	73.3
نيوزيلند	73.3
إيرلندا الشمالية	73.1
بلجيكا	73.0
كوبا	73.0
كوستاريكا	73.0
فنلند	72.8
الدنمارك	72.8
إيرلند	72.5
الولايات المتحدة	72.5

المصدر World Health Organization, United Nations, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, 1990-1995 and unpublished data.

المصدر أعيد طباعته من:
Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

جدول (٢-٢)

سنوات العمر المحتملة الضائعة قبل سن ٧٥ حسب سبب الوفاة وترتيب سنوات العمر المحتملة الضائعة وعدد الوفيات، الولايات المتحدة، ١٩٩٧م

أسباب الوفاة	سنوات العمر المحتملة الضائعة (YPLL)	الترتيب حسب سنوات العمر المحتملة الضائعة (YPLL)	الترتيب حسب عدد الوفيات
السرطان	١,٥٢٣,٥٠٠	١	٢
أمراض القلب	١,١٩٠,٢٠٠	٢	١
الإصابات غير المتعمدة	١,١١٥,٢٠٠	٣	٤
الانتحار	٣٧٨,٠٠٠	٤	١٠
القتل	٣٦٨,٩٠٠	٥	٨
الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب	٢٠٨,٧٠٠	٦	×
أمراض الأوعية الدماغية	٢٠٧,١٠٠	٧	٣
مرض انسداد الرئة المزمن	١٥٨,٩٠٠	٨	٥
داء السكرى	١٤٩,٩٠٠	٩	٧
أمراض الكبد وتليف الكبد	١٤١,٧٠٠	١٠	٨

ملاحظة: السنوات الضائعة قبل عمر ٧٥ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة ممن هم دون سن الخامسة والسبعين.

(×): تشير إلى أن سبب الوفاة ليس من ضمن الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة.

المصدر بتصرف من:

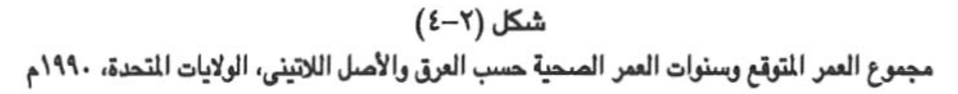
Health United States 1999, National Center for Health Statistics, Public Health Service, 1999.

مقاييس الإصابة والعجز والجودة:

ويمكن جمع المؤشرات الخاصة بالوفيات مع غيرها من المؤشرات الصحية التى تصف اعتبارات متعلقة بالجودة للوصول إلى مؤشر لقياس مدة الحياة الصحية (span of healthy life). ويمكن أن تكون هذه المؤشرات مقاييس ذات معنى للحالة الصحية للسكان؛ نظراً لاهتمامها بالإصابة والعجز الناجمين عن أمراض تؤثر فى الوظيفة ولكنها لا تؤدى للوفاة (على سبيل المثال، الشلل المخى والفصام والتهاب المفاصل). ومن المقاييس

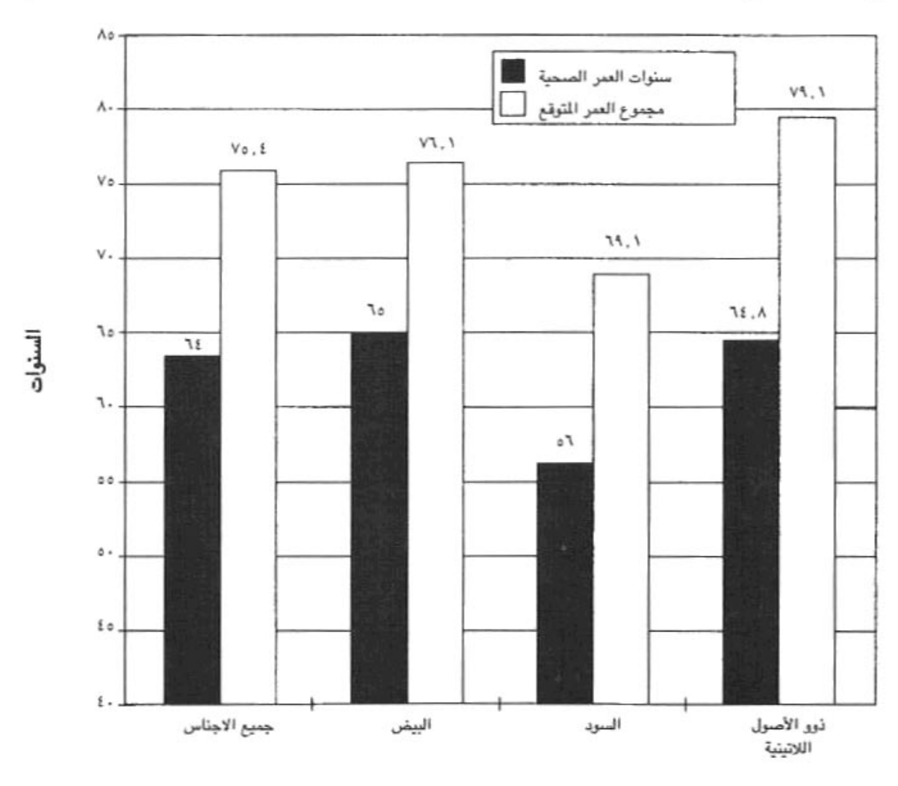
الشائعة الاستخدام للعبء الإجمالى للمرض هو العجز المعدل بسنوات العمر-(disability adjusted life year) والمعروف اختصاراً بـ «دالى» (DALY). ومن الأمثلة الأخرى فى هذا المجال مؤشرات مدة الحياة الصحية (span-of-healthy-life indicators) والتى يطلق عليها سنوات العمر الصحية ((years of healthy life (YHL)) والتى تجمع البيانات الخاصة بالوفيات مع البيانات المقدمة من قبل الأفراد حول الحالة الصحية ومحدودية النشاط التى تم الحصول عليها عن طريق المسح الصحى الوطنى بواسطة المقابلة (the National Health Interview Survey) فى عام ١٩٩٠، تضمنت حوالى ١١ سنة من الحياة فى المتوسط (عندما كان العمر المتوقع عند الولادة ٧٥,٤ سنة) قيوداً على الأنشطة الحياتية الرئيسية مثل الرعاية الشخصية (الاستحمام والعناية بالنفس وإعداد الوجبات، إلخ) والاستجمام والعمل والدراسة. وعلى الرغم من عدم دقته، يقدم مؤشر مدة الحياة الصحية البالغ ٦٤ سنة صورة أفضل للحالة الصحية ولجودة نوعية الحياة. ويبين الشكل رقم (٢-٤) هذا المؤشر مستخدماً بيانات العام ١٩٩٠م وموضحاً الفروقات بين فئات السود والبيض وذوى الأصول اللاتينية فى كل من عدد السنوات الصحية ونسبة السنوات الصحية بالمقارنة مع العمر المتوقع. وقد تمتع ذوو الأصول اللاتينية بأعلى عمر متوقع حيث بلغ ٧٩,١ سنة كان منها ٦٤,٨ سنة (ما يعادل ٨٢٪) من سنوات الحياة الصحية. وفى المقابل كان العمر المتوقع للسود أقل بعشر سنوات حيث بلغ ٦٩,١ سنة كان منها ٥٦ سنة (ما يعادل ٨١٪) من سنوات الحياة الصحية. فى حين بلغ العمر المتوقع للبيض ٦٧,١ سنة كان منها ٦٥ سنة من سنوات الحياة الصحية (أى ما يعادل ٨٥٪). وترجع الفروقات بين المجموعات إلى ارتفاع كل من الوفيات وانتشار المرض بين الفئات السكانية السوداء. ومن بين المؤشرات المرتبطة بالوفيات التى سبق ذكرها، يعتبر مؤشر مدة الحياة الصحية أقرب تلك المؤشرات قياساً للصحة من منظور القدرة على مزاولة النشاط بصورة طبيعية.

تعتبر مؤشرات المرض والعجز مفيدة أيضاً فى قياس الحالة الصحية على الرغم من أنها تصادف بشكل أقل ديمومة. ويقدم شكل (٢- ٥) معلومات عن كل من مرض وعجز الأطفال بمدلولات انتشار أمراض طفولة معينة (والمقصود هنا هى نسبة الأطفال ذوى الأعمار من ٠-١٧ سنوات الذين سبق لهم الإصابة بتلك الأمراض) والعلاقة بين تلك الأمراض والبيانات المقدمة من قبل الأفراد حول حالتهم الصحية وحالة النشاط (مقياس للعجز).



شكل (٢-٤)

مجموع العمر المتوقع وسنوات العمر الصحية حسب العرق والأصل اللاتينى، الولايات المتحدة، ١٩٩٠م



المصدر أعيد طباعتها من:

P. Erickson, R. Wilson, and I. Shannon, Years of Healthy life, *Healthy People Statistical Notes,* No. 7, National Center for Health Statistics, 1995.

وعلى نطاق واسع، يستخدم كل من معدل انتشار المرض (prevalence rate) (أى عدد أو معدل الحالات عند نقطة زمنية محددة أو خلال فترة زمنية محددة) ومعدل حدوث المرض (incidence rate) (أى عدد أو معدل الحالات الجديدة التى تحدث خلال فترة زمنية محددة) كمقاييس للإصابة. ويعتبر النظام الوطنى للتبليغ عن أمراض معينة (the national notifiable disease-reporting system for specific diseases) من أقدم الأنظمة فى مجال رصد الأمراض ذات الأهمية بالنسبة للصحة العامة. ويعتمد هذا النظام على التعاون المشترك بين السلطات المحلية وسلطات الولايات والأجهزة الصحية

الاتحادية. وقد خطا هذا النظام خطوات ثابتة نحو جمع المعلومات عن الأمراض غير المعدية والعوامل المهمة المنشئة للخطر على الرغم من أن الغرض الأساسى للنظام كان متابعة معدل الحالات الجديدة للأمراض المعدية.

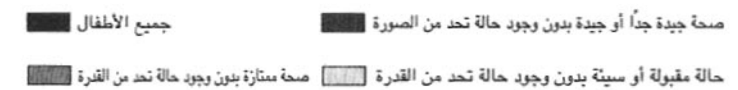
وبصورة متزايدة، يتم جمع معلومات مقدمة من قبل الأشخاص حول حالتهم الصحية والأيام الضائعة من العمل أو المدرسة بسبب أمراض حادة أو مزمنة بواسطة استخدام المسوحات الشاملة للسكان. كما يقوم المركز الوطنى للإحصاءات الصحية (the National Center for Health Statistics) بإجراء مسوحات سكانية بصفة مستمرة عن مقدمى الخدمات الصحية وعن الحالات الصحية التى تتطلب الرعاية الطبية فى العيادات الخارجية. وتوفر هذه المسوحات معلومات مباشرة عن رأى الأفراد فى حالتهم الصحية كما أنها تلقى الضوء على بعض العوامل مثل مستويات الدخل العائلى (الموضحة فى شكل (٢-٦)) والتى ترتبط بالحالة الصحية.

المؤثرات فى الصحة:

فى عام ١٩٩٦م، خطت مراقبة الصحة العامة فى الولايات المتحدة خطوة تاريخية عاكسة التغيرات فى أنماط الإصابات والوفيات الوطنية والتغيرات فى القدرة على تحديد عوامل معينة تؤدى إلى المرض والإصابة. فى ذلك الوقت قامت مراكز التحكم والسيطرة على المرض بإضافة تفشى تدخين السجائر إلى قائمة الأمراض والحالات التى يجب التبليغ عنها من قبل الولايات إلى مراكز التحكم والسيطرة على المرض[٥]. وقد كانت هذه الخطوة هى المرة الأولى التى يتم فيها تصنيف سلوك صحى وليس علة أو مرضًا ضمن قائمة الأمراض والحالات التى يجب التبليغ عنها وتعتبر هذه نقلة مهمة فى جهود المراقبة. كيف تحول تركيز جهود الصحة العامة من نتائج الأمراض التقليدية إلى التبليغ عن الأسباب الكامنة المستعصية على تدخل الصحة العامة هى قصة مهمة. وهذه القصة ذات صلة وثيقة بأحد أهم إنجازات الصحة العامة فى القرن العشرين وأكثرها مدعاة للصراع المرير ألا وهو الإقرار أو التسليم بأن استخدام التبغ هو أحد المخاطر الصحية الرئيسية. ويسرد المثال اللاحق بعنوان "إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: استخدام التبغ"[٦] التسلسل الزمنى لهذه القصة حيث يوفر دروس مهمة لجهود الصحة العامة فى القرن الحادى والعشرين الرامية إلى تحسين مقاييس الحالة الصحية وجودة الحياة.

شكل (٢–٥)

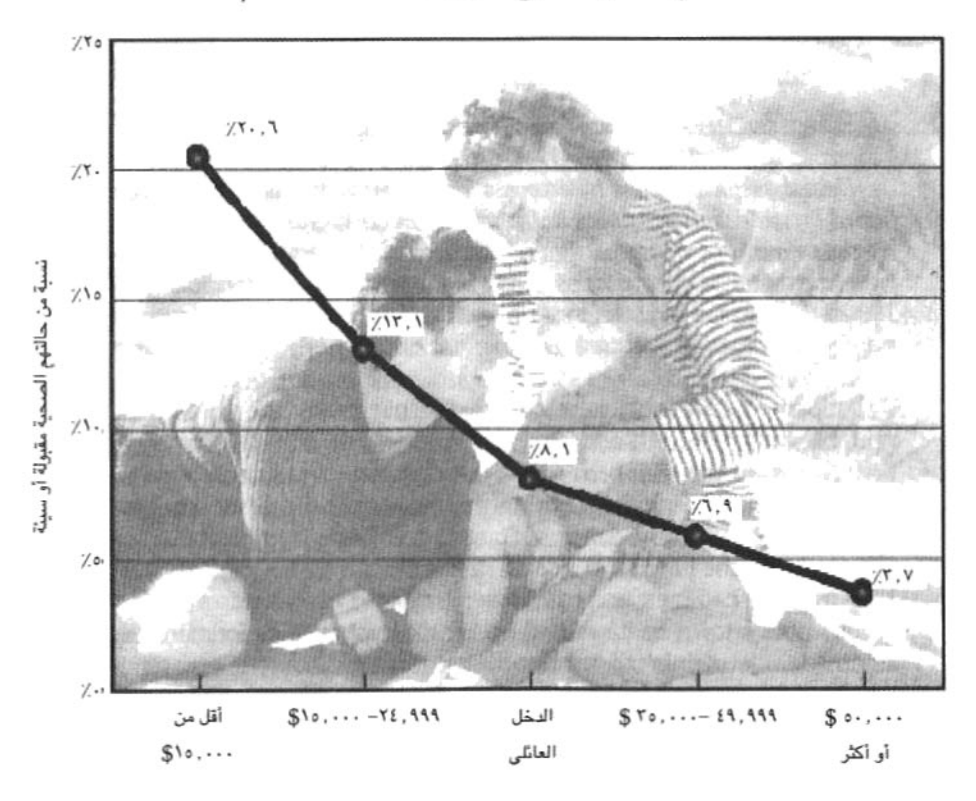
نسبة الأطفال ذوى الأعمار من ٠–١٧ سنوات الذين سبق لهم الإصابة ببعض أمراض الطفولة حسب الحالة الصحية للطفل ومستوى العجز، الولايات المتحدة، ١٩٨٨م



المصدر أعيد طباعتها من:

M.J. Coiro, N. Zill, and B. Bloom, Health of our Nation's Children, *Vital Health Statistics,* Vol. 10, No. 191, National Center for Health Statistics, 1994.

شكل (٢-٦)
نسبة الأشخاص الذين وصفوا حالتهم الصحية على أنها مقبولة أو سيئة حسب الدخل العائلى، الولايات المتحدة، ١٩٩٥م



المصدر أعيد طباعتها من:

Health People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

مثال

إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين:

استخدام التبغ

(تأكدت الشكوك المبدئية بأن استخدام التبغ يضر الإنسان عن طريق دراسات علم الأوبئة فى منتصف القرن العشرين مثيرة بذلك الاهتمام بمقاييس الصحة والمرض والعوامل المرتبطة بها. وفى الوقت الذى أصبح فيه شيوع استخدام التبغ، وهو سلوك منشئ للخطر، حالة يجب التبليغ عنها فى التسعينيات الميلادية، أصبح استخدام مجموعة متنوعة من مقاييس الصحة بمنزلة ممارسة للصحة العامة واسعة الانتشار).

يعتبر التدخين – والذى كان – فى وقت مضى، سلوكًا مقبولاً اجتماعيًا – السبب الرئيس الذى يمكن الوقاية منه للوفاة والعجز فى الولايات المتحدة. خلال العقد الأول من القرن العشرين كان سرطان الرئة مرضًا نادر الحدوث ولكن بعد أن أصبح تدخين السجائر شائعًا بصورة متزايدة، فى البداية بين الرجال وأخيرًا بين النساء، أصبح معدل الإصابة بسرطان الرئة بمنزلة الوباء (شكل (٢–٧)). فى عام ١٩٣٠م كان معدل الوفاة بسبب سرطان الرئة ٤,٩ لكل ١٠٠,٠٠٠نسمة وفى عام ١٩٩٠م ارتفع هذا المعدل إلى ٧٥,٦ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة. والأمراض والحالات الأخرى المعروفة فى الوقت الحاضر تدلل على أن استخدام التبغ سبب فى أمراض القلب وأمراض تصلب الشرايين وسرطان الحنجرة وسرطان الفم وسرطان المرىء ومرض انسداد الرئة المزمن وتأخر النمو داخل الرحم و الوزن المنخفض عند الولادة. كما تم أيضًا خلال الجزء الأخير من القرن العشرين توثيق الآثار الصحية السلبية الناجمة عن التعرض البيئى للدخان المنبعث من التبغ. وتشتمل تلك الآثار على سرطان الرئة والربو وإصابات الجهاز التنفسى وانخفاض فى وظيفة الرئة.

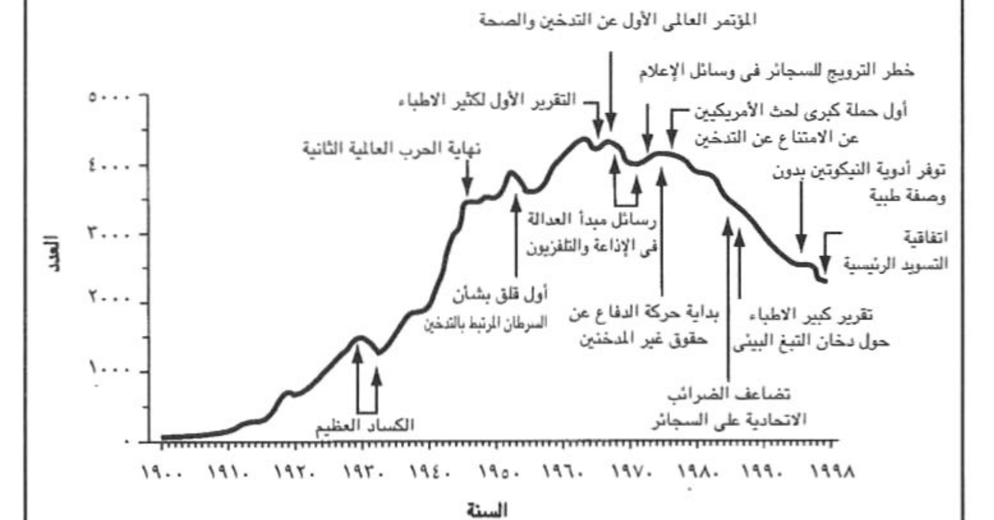
وقد ربطت دراسات واسعة فى علم الأوبئة أجريت فى الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين بين التدخين وسرطان الرئة. فى عام ١٩٦٤م، وبناء على حوالى ٧,٠٠٠ مقالة مرتبطة بالتدخين والمرض، توصلت اللجنة الاستشارية لكبير الأطباء فى الولايات المتحدة الأمريكية (the Advisory Committee to the U.S. Surgeon General) إلى أن تدخين السجائر هو السبب فى سرطان الرئة والحنجرة عند الرجال وهو سبب محتمل لسرطان الرئة عند النساء وهو من أهم أسباب التهاب الشعب الهوائية المزمن عند كلا الجنسين. وأشارت اللجنة إلى أن "تدخين السجائر هو خطر صحى بالغ الأهمية فى الولايات المتحدة يستلزم اتخاذ إجراءات علاجية". ولقد بدأت جهود مكثفة للصحة العامة لخفض شيوع استخدام التبغ بعد الكشف عن هذا الخطر فى عام ١٩٦٤م بفترة قصيرة. ونتيجة لما تبع تلك الجهود من انخفاض فى ممارسة عادة التدخين، انخفضت أيضًا معدلات الإصابة بأمراض السرطان المرتبطة بالتدخين (وتشمل سرطان الرئة وسرطان تجويف الفم وسرطان البلعوم) باستثناء سرطان الرئة لدى النساء. إضافة إلى ذلك، انخفضت معدلات الوفيات المحسنة حسب العمر لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة (معدلة حسب التعداد السكانى لعام ١٩٤٠) لأمراض القلب (مثل أمراض القلب التاجية) من ٣٠٧,٤ فى عام ١٩٥٠م إلى ١٣٤,٦ فى عام ١٩٩٦م. كما تم تجنب حوالى ١,٦ مليون حالة وفاة بسبب التدخين خلال الفترة الممتدة من ١٩٦٤م وحتى عام ١٩٩٢م.

مثال ... يتبع

فى مستهل القرن العشرين، تزامن عدد من الأحداث التى أسهمت فى ارتفاع معدل استهلاك الفرد السنوى للتبغ والتى شملت البدء فى عمليات المزج بين أصناف التبغ ومعالجتها بحيث سمحت باستنشاق التبغ واختراع أعواد الثقاب أو الكبريت الآمنة والتحسينات فى الإنتاج التجارى وتطور المواصلات الذى سهل من عملية توزيع السجائر إلى مناطق جغرافية واسعة واستخدام وسائل الإعلام الجماهيرية لترويج السجائر. ولقد بدأ تدخين السجائر فى الارتفاع بين النساء فى العشرينيات الميلادية عندما أدت عوامل مثل التسويق الموجهة من قبل الشركات والتغيرات الاجتماعية التى عكست تحرر أدوار وسلوك المرأة فى المجتمع إلى زيادة درجة قبول التدخين بين النساء. ارتفع معدل استهلاك الفرد السنوى للسجائر من ٥٤ سيجارة فى عام ١٩٠٠م إلى ٤.٣٤٥ سيجارة فى عام ١٩٦٣م ثم انخفض ليصل إلى ٢.٢٦١ سيجارة فى عام ١٩٩٨م. وترتبط بعض تلك الانخفاضات ببعض الأحداث مثل أول بحث يقترح وجود صلة بين التدخين والسرطان فى الخمسينيات الميلادية وتقرير كبير الأطباء (Surgeon General's report) فى العام ١٩٦٤م ومبدأ المساواة (Fairness Doctrine) فى العام ١٩٦٨م وزيادة الضرائب على التبغ وزيادة الأسعار من قبل شركات التبغ خلال الثمانينيات الميلادية (شكل (٢-٧)).

شكل (٢-٧)

استهلاك البالغين السنوى للسجائر لكل فرد والأحداث الرئيسية للتدخين والصحة - الولايات المتحدة، ١٩٠٠-١٩٩٨م



المصدر أعيد طباعته من:

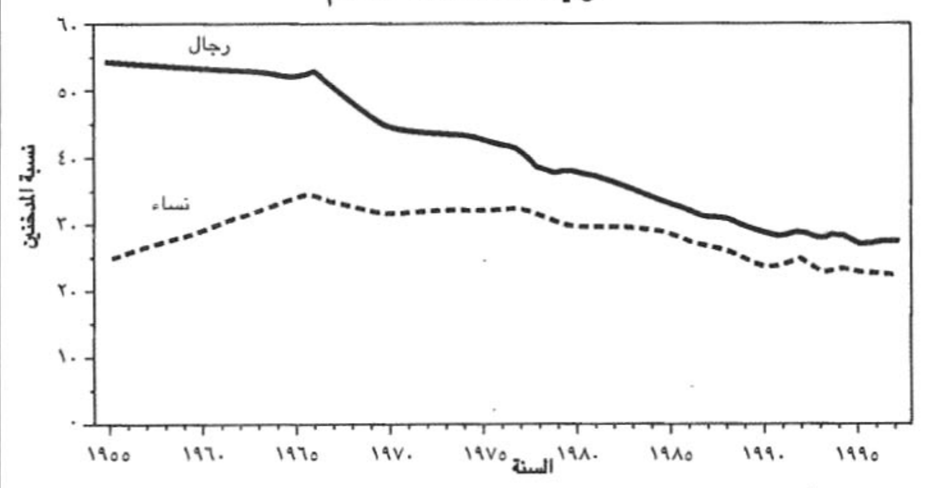
Achievements in Public Health, United States, 1900-1998: Tobacco Use, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 43, pp. 986-993, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

مثال ... يتبع

ومن الإنجازات المهمة فى النصف الثانى من القرن العشرين الانخفاض فى معدل انتشار التدخين بين الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ١٨ سنة أو أكبر من ٤٢,٤٪ فى عام ١٩٦٥م إلى ٢٤,٧٪ فى عام ١٩٩٧م وكان المعدل للرجال (٢٧,٦٪) أعلى منه لدى النساء (٢٢,١٪) (شكل (٢-٨)). وارتفعت نسبة البالغين الذين لم يسبق لهم التدخين من قبل من ٤٤٪ فى منتصف الستينيات الميلادية إلى ٥٥٪ فى عام ١٩٩٧م. فى عام ١٩٩٨م، تفاوتت مستويات استخدام التبغ بين وداخل المجموعات السلالية/العرقية. وكانت أعلى معدلات التدخين بين الهنود لأمريكيين/و سكان ولاية ألاسكا الأصليين (American Indians/Alaska Natives) وجاء الرجال السود والمهاجرين من جنوب شرق آسيا (black and South-east Asian men) فى المرتبة الثانية. وكانت أدنى معدلات التدخين بين النساء الأمريكيين الآسيويين (Asian American) والنساء من الأصول اللاتينية (Hispanic). وطرأ تغير طفيف على استخدام التبغ عديم الدخان (smokeless tobacco) منذ عام ١٩٧٠م بمعدلات انتشار بلغت ٥٪ فى عام ١٩٧٠م و٦٪ فى عام ١٩٩١م بين الرجال و٢٪ و١٪ بين النساء على التوالى. وكانت أعلى معدلات استخدام التبغ عديم الدخان بين الذكور فى المرحلة الثانوية (high school) بمعدلات انتشار بلغت ٢٠٪ بين الذكور البيض و٦٪ بين الذكور ذوى الأصول اللاتينية (Hispanic) و ٤٪ بين الذكور السود. وتميل معدلات استخدام التبغ إلى الانخفاض فى مناطق الشمال الشرقى وإلى الارتفاع فى مناطق الجنوب من الولايات المتحدة. وانخفض الاستهلاك الكلى للسيجار من ٨ مليون فى عام ١٩٧٠م إلى ٢ مليون فى عام ١٩٩٣م ولكنه عاود الارتفاع فى عام ١٩٩٧م بنسبة ٦٨٪ ليصبح ٣,٦ مليون.

شكل (٢-٨)

اتجاهات تدخين السجائر بين الأفراد ممن هم فى عمر الثامنة عشرة أو أكبر، حسب الجنس، الولايات المتحدة، ١٩٥٥-١٩٩٧م



المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Tobacco Use, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 43, pp. 986-993, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

مثال ... يتبع

ويعود الانخفاض فى معدلات التدخين إلى العديد من العوامل والتى شملت الحقائق العلمية التى تثبت العلاقة بين المرض واستخدام التبغ والتعرض البيئى للتبغ ونشر هذه المعلومات للعامة ومراقبة وتقييم برامج الوقاية وبرامج الامتناع عن التدخين والحملات المنظمة من قبل المؤيدين لحقوق غير المدخنين والقيود المفروضة على الدعاية التسويقية لمنتجات التبغ والحملات الدعائية المضادة والتغير فى السياسات العامة (مثل تطبيق القوانين التى تمنع صغار السن من الحصول على منتجات التبغ والتشريعات التى تحظر التدخين فى الأماكن العامة وزيادة فرض الضرائب على منتجات التبغ) والتحسينات فى برامج علاج ومكافحة التدخين وزيادة الوعى بالخسائر الاقتصادية المرتبطة بالتدخين.

كما أن السيجارة ذاتها قد تغيرت. حيث إنه عندما ظهر أول ارتباط بين السجائر وسرطان الرئة فى بداية الخمسينيات الميلادية كان معظم المدخنين فى الولايات المتحدة الأمريكية يستخدمون السجائر غير المرشحة (unfiltered cigarettes). ومع تنامى الوعى بخطر التدخين ظهر أول ما ظهر المرشح (ذلك الجزء من السيجارة الذى يصفى الدخان قبل دخوله إلى فم المدخن) والذى صمم ليقلل من كمية القطران المستنشق فى الدخان. وبعد ذلك تم تسويق السجائر ذات القطران المنخفض. ولكن العديد من المدخنين استمروا فى التدخين بشراهة أكثر وسد فتحات التهوية فى المرشح لتعويض الانخفاض فى نسبة القطران. وقد حل سرطان الغدة محل سرطان الخلايا الصدفية كسبب رئيسى للوفيات المرتبطة بسرطان الرئة فى الولايات المتحدة. وهذه الزيادة فى سرطان الغدة مواكبة للتغيرات فى تصميم السيجارة وفى السلوك التدخينى.

ومن الممكن أن ننظر للتغيرات فى القيم الاجتماعية المتعلقة بالتدخين من خلال فحص التغيرات فى السياسية العامة والتى تشمل إيجاد مبدأ المساواة (Fairness Doctrine) للوقوف ضد الرسائل الدعائية فى التلفاز والمذياع والزيادة فى فرض القيود على الدعاية عن منتجات التبغ بداية من حظر الدعاية فى التلفاز والمذياع فى عام ١٩٧١م. حيث لم يعد يسمح بدعايات منتجات التبغ فى التلفاز ولوحات الإعلان بالإضافة إلى زيادة الجهود لمنع البيع والتسويق للمراهقين. كما تحولت سياسة الهواء الداخلى من تفضيل رغبات المدخنين إلى تفضيل رغبات غير المدخنين. حيث أصبح التدخين محظوراً فى الطائرات وأصبح العديد من الناس والذين يشملون ١٢,٥٪ من المدخنين البالغين ممن لديهم أطفال لا يمارسون التدخين فى المنازل. واليوم يوجد قيود فى ٤٢ ولاية على التدخين فى دوائر العمل الحكومية وفى ٢٠ ولاية هناك قيود على التدخين فى مرافق العمل الخاصة.

وتعتبر زيادة معدلات الضرائب المفروضة من قبل الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات على منتجات التبغ من أكثر الأساليب فعالية فى مجال مكافحة التدخين. حيث إنه من الممكن أن تؤدى زيادة بمقدار ١٠٪ فى أسعار السجائر إلى انخفاض بمقدار ٤٪ فى الطلب على السجائر. وهذا الانخفاض ناتج عن تدخين الناس لسجائر أقل أو التوقف عن التدخين كلياً. وتشير الدراسات إلى أن المدخنين ذوى الدخول المنخفضة المراهقين المنحدرين من أصول لاتينية (Hispanic) والسود من غير الأصول اللاتينية (non-Hispanic) أكثر احتمالية من غيرهم فى التوقف عن التدخين استجابة للارتفاع فى أسعار السجائر.

مثال ... يتبع

وقد ختمت اتفاقية التسوية الرئيسية (Master Settlement Agreement) الموقعة فى شهر نوفمبر من عام ١٩٩٨م القرن العشرين بحدث غير مسبوق من قبل. فعلى الرغم من عدم اعترافهم بوجود أى خطأ من جانبهم وقعت شركات التبغ اتفاقية مع المدعين العاميين الممثلين لـ ٤٦ ولاية. وقد سوت تلك الاتفاقية قضايا تعويضات بلغت ٢٠٦ بليون دولار أمريكى. ولكن الاتفاقية لم تنص على أن ينفق أى جزء من المبلغ الممنوح للولاية فى مكافحة والسيطرة على استخدام التبغ.

المصدر بتصرف من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Tobacco Use, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 43, pp. 986-993, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

العوامل المساعدة على نشوء الخطر:

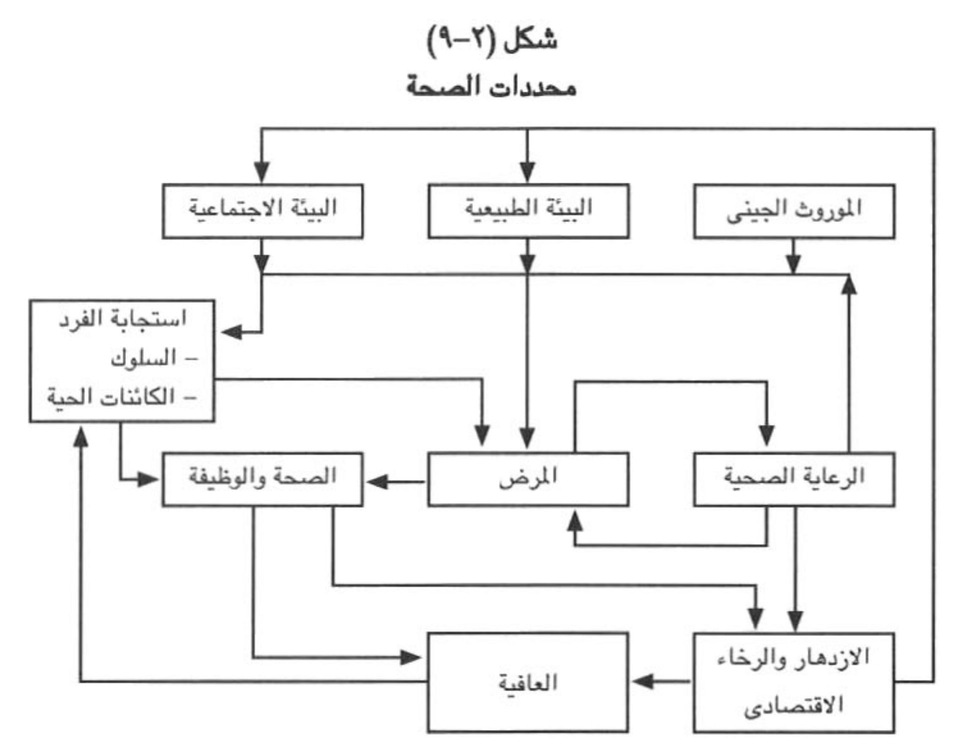
لا يمكن اعتبار الإقرار أو التسليم بأن استخدام التبغ هو أحد المخاطر الصحية إنجازاً سهلاً ويعود السبب جزئيًا إلى وجود العديد من العوامل التى تؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة على مستوى نتيجة صحية معينة فى المجتمع. على سبيل المثال، الارتفاع فى معدل استهلاك التبغ فى مجتمع ما مرتبط بارتفاع معدلات أمراض القلب وسرطان الرئة، وانخفاض معدلات الرعاية المبكرة للحوامل مرتبط بالارتفاع فى معدلات وفيات الأطفال حديثى الولادة. ولأن هذه العوامل هى جزء من السلسلة المسببة للنتائج الصحية، توفر عملية رصد مستوياتها مؤشرات مبكرة عن الإتجاه الذى سوف يسلكه التغير فى النتائج الصحية. هذه العوامل تزيد من رجحان حدوث أو المجازفة بنتائج صحية معينة ويمكن أن يطلق عليها بصفة عامة العوامل المساعدة على نشوء الخطر (risk factors).

أنواع وأعداد العوامل المساعدة على نشوء الخطر متعددة كتعدد المؤثرات نفسها. واعتماداً على ما إذا كانت تلك العوامل مجموعة أو منفصلة، تشتمل الفئات التقليدية منها عوامل بيولوجية (و تتراوح من الموهبة الطبيعية الموروثة إلى الشيخوخة) وعوامل بيئية (وتتراوح من الغذاء والهواء والماء إلى الأمراض المعدية) وعوامل متعلقة بأنماط المعيشة (وتتراوح من التغذية إلى تجنب الإصابة والسلوكيات الجنسية) وعوامل اجتماعية نفسية (وتتراوح من الفقر والضغط النفسى والشخصية وعوامل ثقافية) واستخدام الخدمات ذات العلاقة بالصحة والحصول عليها. وتميز بعض الأشكال المحسنة الحديثة من هذا الإطار

عدداً من النتائج محل الاهتمام وتشمل المرض والقدرة الوظيفية والرخاء الاقتصادى والعافية والتى من الممكن أن تتأثر بالعوامل المساعدة على نشوء الخطر (شكل (٢-٩)). وهذه العناصر المختلفة مرتبط بعضها مع بعض (على سبيل المثال، الضغط وهو عامل من البيئة الاجتماعية ربما يحث على استجابات فردية كالتدخين وتعاطى المخدرات والتى بدورها تؤثر فى احتمالية المرض والقدرة الوظيفية والعافية). بالإضافة إلى أن التغيرات فى نتيجة ما مثل المرض ربما تؤثر فى التغيرات الحادثة فى نتيجة أخرى مثل العافية وهذا يعتمد على تركيبة العوامل الأخرى الموجودة. وتسترعى هذه المجموعة من التفاعلات المعقدة الانتباه إلى عوامل عامة التى من الممكن أن ينتج عنها أمراض عديدة بدلاً من التركيز على عوامل معينة تسهم بشكل محدود فى النتائج الصحية على مستوى المجتمع ككل.

شكل (٢-٩)

محددات الصحة



المصدر أعيد طباعتها من:

Social Science and Medicine, Vol. 31, No. 12, R.G. Evans and G.L. Stoddard, Producing Health, Consuming Health Care, p. 1359, Copyright 1990 with permission from Elsevier Science.

وعلى الرغم من أن هناك العديد من العوامل التى ترتبط بعلاقة سببية بالنتائج الصحية فإنه يمكن اعتبار بعض تلك العوامل أسباباً مباشرة وغير مباشرة أكثر من غيرها من العوامل الأخرى. ولقد تم الربط وبصورة واضحة بين عوامل مساعدة لنشوء الخطر محددة وبين حالات صحية سلبية معينة من خلال الدراسات التى تمت فى مجال علم الأوبئة. فعلى سبيل المثال، هناك العديد من الدراسات التى ربطت بين الإصابات غير المتعمدة وبين بعض العوامل المساعدة لنشوء الخطر مثل توافر الأسلحة وتعاطى الكحول والتبغ واستخدام أحزمة السلامة فى المركبات. ويعتبر التبغ وارتفاع ضغط الدم والبدانة ومرض السكر عوامل مساعدة معروفة بتعريضها لخطر أمراض القلب. ولقد حددت البحوث والدراسات فى مجال علم الأوبئة خلال الخمسين عامًا الماضية عوامل سلوكية مساعدة لحدوث العديد من الحالات والأمراض الشائعة[٧]، كما موضح فى الجدول (٢-٣). وفى العقود الأخيرة تضاعفت معدلات انتشار البدانة عمليًا بين جميع الفئات من حيث الجنس والعمر والأصل والسلالة العرقية. وتجرى حاليًا دراسات ميدانية حول العوامل السلوكية المساعدة على نشوء الخطر عن طريق المقابلات الهاتفية من قبل مؤسسات الصحة العامة الحكومية بغرض متابعة الاتجاهات العامة لانتشار عدد من العوامل المهمة المساعدة على نشوء الخطر فى المجتمع. وتوثق هذه الدراسات الميدانية السلوكيات المرتبطة بالصحة لعشرات الملايين من الأمريكيين الذين يعرضون أنفسهم لخطر الإصابة بالأمراض والإصابات المزمنة.

وعلى الرغم من التركيز المعاصر على العوامل السلوكية، تظل العوامل المساعدة فى نشوء الخطر المتوافرة فى البيئة الطبيعية مؤثرات مهمة على الصحة. فعلى سبيل المثال، يرتبط تلوث الهواء بصورة مباشرة بسلسلة طويلة من الأمراض مثل سرطان الرئة والانتفاخ الرئوى والتهاب الشعب الهوائية المزمن والربو الشعبى. ويوجد عدد من المواصفات الوطنية الخاصة بالعديد من ملوثات الهواء ويتم مراقبتها لتحديد حجم تلك الأخطار على عامة السكان. وتشير نسبة سكان الولايات المتحدة الذين يقيمون فى أقاليم فاقت مستويات الملوثات الهوائية فيها المواصفات الوطنية الخاصة بتلك الملوثات بأن أخطار تلوث الهواء، مثل الأخطار السلوكية، تؤثر على عشرات الملايين من الأمريكيين[٨]. وتوجد

المخاطر البيئية في كل مكان وتتزايد فى الولايات المتحدة. وتشير التقديرات الصادرة عن مراكز السيطرة والتحكم فى المرض بأن ٢٢-٣٠ مليون نسمة يشربون المياه من آبار خاصة وأن ٤٠-٤٥ مليون نسمة معرضون لدرجات حرارة مرتفعة جداً. كما أن ١٥٠ مليون نسمة معرضون للأدخنة المرتبطة بمنتجات التبغ، فى حين يسكن ٦٥ مليون نسمة فى مساكن أنشئت قبل عام ١٩٥٠م عندما تم حظر استخدام الدهان المحتوى على مادة الرصاص فى المنشآت السكنية.

وتعتبر العوامل السلوكية والبيئية المساعدة على نشوء الخطر وثيقة الصلة باهتمامات الصحة العامة وجهودها. ويقدم التركيز على هذه العوامل وجهًا آخر مختلفًا لأعداء الصحة الشخصية والعامة عن ذلك الذى تقدمه البيانات الخاصة بالوفيات. ويوفر هذا التركيز أيضًا أسلوبًا أكثر عقلانية لتطوير السياسات والتدخلات. وللأسف، فإن تحديد أى العوامل الضمنية أكثر أهمية هو أكثر صعوبة مما يبدو عليه الأمر ويعود السبب فى ذلك إلى الاختلافات فى النتائج موضوع الدراسة والمقاييس المستخدمة. فعلى سبيل المثال، توصلت دراسة استخدمت بيانات ترجع إلى عام ١٩٨٠م إلى أن التبغ وارتفاع ضغط الدم والبدانة مسئولين عن حوالى ثلاثة أرباع الوفيات الحادثة قبل عمر ٦٥ سنة وأن الأخطار الناجمة عن الإصابة والكحول والتبغ والقصور فى الوقاية الأولية مسئولين عن ثلاثة أرباع جميع سنوات العمر المحتملة الضائعة قبل سن الخامسة والستين[٩]. ومما يزيد هذه الاستنتاجات تعقيداً النتائج التى تم التوصل إليها والتى تشير إلى أن العوامل الشخصية المساعدة فى نشوء الخطر ربما يتمخض عنها عدد من النتائج الصحية المختلفة. فعلى سبيل المثال، يرتبط تعاطى الكحول بالإصابات الناجمة عن حوادث السيارات وغيرها من الإصابات والسرطان وتليف الكبد. وربما يؤدى استهلاك التبغ إلى نتائج مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والقرحات والإصابات الناجمة عن النار والحروق والوزن المنخفض عند الولادة والسرطان[٧، ٩].

جدول (٢-٣)

عينة مختارة لعوامل سلوكية منشئة للخطر ومرتبطة بالأسباب الرئيسية للوفيات فى الولايات المتحدة ، ١٩٩٠م

سبب الوفاة والنسبة من جميع الوفيات	التدخين	دهون مرتفعة/ ألياف منخفضة	قلة الحركة فى أسلوب المعيشة	ارتفاع ضغط الدم	ارتفاع الكلسترول	السمنة	تعاطى الكحول
أمراض القلب (٣٢٪)	×	×	×	×	×	×	×
السرطان (٢٣٪)	×	×	×			×	×
السكتة الدماغية (٧٪)	×	×		×	×	×	
أمراض الرئة المزمنة (٥٪)	×						
الإصابات غير المتعمدة (٤٪)	×						×
الالتهاب الرئوي والأنفلونزا (٤٪)	×						
داء البول السكرى (٣٪)		×	×			×	
الإصابة بفيروس الإيدز (HIV) (١٪)							
الانتحار (١٪)							×
أمراض الكبد المزمنة (١٪)							×
تصلب الشرايين (١٪)	×	×	×		×		

المصدر:

Data from Health United States 1999, National Center for Health Statistics, Public Health Service, 1999; Brownson, et al., *Chronic Disease Epidemiology and Control*, Second Edition, (c) 1998, American Public Health Association; and Surgeon General, Report on Nutrition and Health, 1988.

وعلى الرغم من المشاكل المرتبطة بقياسها، تعتبر عملية تحديد أسباب أولية أمراً ضروريا لسياسات وتدخلات الصحة العامة. ويوضح الجدول (٢-٤) المقارنة التى دائمًا ما يرد ذكرها فى الأدبيات لوفيات عام ١٩٩٠م مبوبة حسب أسباب الوفاة، كما هى معطاة من قبل المركز الوطنى للإحصاءات الصحية (the National Center for Health Statistics (NCHS)) و أسبابها الحقيقية (العوامل المساعدة على نشوء الخطر الرئيسية)[١٠]. وترسم هاتان القائمتان صوراً متضادة للمشاكل الصحية الرئيسية واحتياجات سكان الولايات المتحدة. وعلى الرغم من أن الجدل حول هذا الموضوع قد استمر منذ أيام شادويك وفار (انظر الفصل الأول) إلا أنه لم يحسم بعد.

جدول (٢-٤)
أسباب الوفاة المسجلة والفعلية، الولايات المتحدة، ١٩٩٠م

الأسباب الرئيسية العشرة للوفاة	العدد	الأسباب الفعلية للوفاة	العدد
أمراض القلب	٧٢٠,٠٥٨	التبغ	٤٠٠,٠٠٠
السرطان	٥٠٥,٣٢٢	التغذية/أنماط النشاط	٣٠٠,٠٠٠
أمراض أوعية الدماغ	١٤٤,٠٨٨	الكحول	١٠٠,٠٠٠
الإصابات غير المتعمدة	٩١,٩٨٣	بعض الأمراض المعدية	٩٠,٠٠٠
أمراض الرئة المزمنة	٨٦,٦٧٩	العوامل السامة	٦٠,٠٠٠
الالتهاب الرئوى والأنفلونزا	٧٩,٥١٣	الأسلحة النارية	٣٥,٠٠٠
داء البول السكرى	٤٧,٦٦٤	السلوك الجنسى	٣٠,٠٠٠
الانتحار	٣٠,٩٠٦	مركبات النقل	٢٥,٠٠٠
أمراض الكبد المزمنة	٢٨,٨١٥	تعاطى المخدرات	٢٠,٠٠٠
الإصابة بفيروس الإيدز (HIV)	٢٥,١٨٨		
المجموع	١,٧٦٠,٢١٦	**المجموع**	١,٠٦٠,٠٠٠

المصدر:

Data from the National Center for Health Statistics and J.M. McGinnis and W. Foege, Actual Causes of Death in the United States, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 270, pp. 2207-2212, (c) 1993, American Medical Association.

وينظر المحققون والأطباء الشرعيون إلى الأسباب المباشرة والضمنية للوفاة بمنظور مختلف نوعًا ما عن المنظور الذى يطرحه جدول (٢-٤). وتحتوى شهادات الوفاة على قسمين يخصص أحدهما لتدوين الظروف المباشرة والضمنية التى سببت الوفاة ويخصص الثانى لتحديد الظروف أو الإصابات التى أسهمت فى الوفاة ولكنها لم تكن سببًا فيها. وعلى سبيل المثال، فى حالة الوفاة المنسوبة لمرض أوعية القلب، قد يسجل احتشاء صمام القلب (cardiac tamponade) على أنه السبب المباشر بسبب أو كنتيجة لتمزق جزئى فى عـــضلة القلب (ruptured myocardial infraction) والذى بدوره ينتج عن تصلب الشرايين التاجية (coronary arteriosclerosis). وفى هذه الوفاة ربما يسجل مرض ضغط أو توتر الأوعية الدموية للقلب (hypertensive cardiovascular disease) على

أنه عامل مساهم مهم فى الأسباب المباشرة الضمنية ولكنه ليس مسبباً لها. والسؤال هو أين يتم تحديد التدخين والسمنة ونوعية الغذاء وعدم مزاولة النشاط البدنى كأسباب حقيقية لمثل هذه الوفيات؟ إذا لم تمت بسبب المجاعة فى بريطانيا فى عام ١٨٤٢م ربما لا يمكن أن تموت بسبب التبغ فى أمريكا فى عام ٢٠٠٠م.

المؤثرات الاجتماعية والثقافية:

إن فهم الآثار الصحية للعوامل البيولوجية والسلوكية والطبيعية المساعدة على نشوء الخطر هو أمر سهلٌ بالمقارنة بفهم الآثار المرتبطة بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية على صحة المجتمع. ويرجع هذا بصورة جزئية إلى عدم وجود اتفاق على ما يتم قياسه. والحالة الاجتماعية ـ الاقتصادية والفقر هما أمثلة على تلك العوامل التى تعكس المكانة أو المنزلة فى المجتمع. هناك العديد من البراهين التى تشير إلى أن المكانة الاجتماعية هى محدد رئيسى للحالة الصحية بالرغم من أن المؤشرات المستخدمة لقياس المنزلة الاجتماعية غير دقيقة فى أحسن الأحوال.

وتؤثر المنزلة الاجتماعية فى نمط الحياة والبيئة واستخدام الخدمات وتظل مؤشراً مهماً على الصحة الجيدة والرديئة فى مجتمعنا. وقد لوحظ تفاوت الوفيات حسب الفوارق فى المنزلة الاجتماعية منذ أمد بعيد حول العالم. فى عام ١٨٤٢م، أشار شادويك إلى أن متوسط الأعمار عند الوفاة لمجموعات مصنفة حسب الوظيفة فى بريطانيا كانت كما يلى: "السادة والأشخاص المشتغلون فى المهن ٤٥ سنة، أصحاب الحرف اليدوية وعائلاتهم ٢٦ سنة، الميكانيكيون والخدم والعمال وعائلاتهم ١٦ سنة"[١١]. ولقد تحسن العمر المتوقع وغيره من المؤشرات الصحية كثيراً فى بريطانيا وغيرها منذ عام ١٨٤٢م، ولكن الفروقات فى معدلات الوفيات بين مختلف الطبقات الاجتماعية ماتزال قائمة إلى يومنا هذا.

ويتوافر لبعض الدول (مثل بريطانيا العظمى والولايات المتحدة) فئات اجتماعية محددة تسمح بإجراء المقارنات فى الحالة الصحية على أساس المنزلة الاجتماعية. تقوم بريطانيا بتحليل مستمر للفوارق الاجتماعية – الاقتصادية وفقًا لتصنيفات رسمية مبنية على الترتيب الاجتماعى العام داخل الفئة السكانية. أما بالنسبة للولايات المتحدة، يستخدم المستوى التعليمى والعرق والدخل العائلى فى الغالب كمقاييس غير مباشرة أو تقريبية للمنزلة الاجتماعية. وعلى الرغم من الاختلافات فى الطرق والمؤشرات المستخدمة، هناك

فرق ضئيل جداً بين بريطانيا والولايات المتحدة فيما يتعلق بما يتم قياسه. وفى كلا البلدين، فإن المبررات للفروقات فى الوفيات تبدو أنها مرتبطة بشكل رئيسى بعدم المساواة فى المنزلة الاجتماعية والموارد المادية[١٢، ١٣]. ويوجد هذا الأثر فى جميع درجات السلم الاجتماعى من الأعلى إلى الأسفل وفى كل درجة من درجات السلم ترتبط التحسينات فى الحالة الاجتماعية بتحسينات فى مقاييس الحالة الصحية. فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة مبنية على بيانات متابعة (follow-up data) للإحصاء السكانى لبريطانيا لعام ١٩٧١م أن خطر الوفاة لفئة غنية نسبيًا تمتلك مسكنًا خاصًا وسيارتين أقل منه لدى فئة مماثلة ثرية نسبيًا ولكنها تمتلك سيارة واحدة[١٢].

فى الولايات المتحدة، قام المختصون فى علم الأوبئة بدراسة الفوارق الاجتماعية ـ الاقتصادية فى أخطار الوفاة منذ بداية القرن العشرين. وكانت وفيات الأطفال الرضع موضوعًا للعديد من الدراسات التى وثقت بصورة ثابتة الآثار الناجمة عن الفقر. فعلى سبيل المثال، أظهرت نتائج الاستطلاع الوطنى لصحة الأمومة والأطفال الرضع لعام ١٩٨٨م (the 1988 National Maternal and Infant Survey) أن الآثار الجانبية للفقر على الأطفال الرضع المولودين لأمهات لا تتوافر لديهم عوامل مساعدة للخطر أكبر من الآثار الجانبية لدى الأطفال الرضع المولودين لأمهات تتوافر لديهم عوامل مساعدة للخطر[١٤]. ويرتبط الفقر بزيادة مقدارها ٦٠٪ فى معدل وفيات الأطفال فى الشهر الأول من ولادتهم وبزيادة مقدارها ٢٠٠٪ فى معدل وفيات الأطفال بعد الشهر الأول من ولادتهم أكبر من معدل وفيات الأطفال الرضع المولودين لأمهات ذوات دخول مرتفعة.

ويؤثر الفقر على نتائج صحية عديدة كما هو موضح فى كل من الشكل (٢-٦) والجدول (٢-٥). حيث إن العائلات ذات الدخول المنخفضة فى الولايات المتحدة لديهم زيادة فى احتمالية (أو فى الخطر النسبى) للتعرض للعديد من النتائج الصحية السلبية، عادة بمعدل مرتين إلى خمس مرات أكثر من العائلات ذات الدخول المرتفعة. كما بلغت نسبة الأفراد الذين أفادوا بأن حالتهم الصحية مقبولة (fair) أو سيئة (poor) حوالى أربعة أضعاف الأشخاص الذين يعيشون تحت مستوى الفقر مقارنة بالعائلات التى تبلغ دخولها ضعفى مستوى الفقر على الأقل (٢٢,٢٪ و٥,٥٪، معدلة حسب العمر)[١].

جدول (٢-٥)
عينة مختارة لنتائج صحية وخطرها النسبى على العائلات ذات الدخول المنخفضة مقارنة بالعائلات ذات الدخول المرتفعة

النتيجة (Outcome)	الخطر النسبى (Relative Risk)
إهمال الأطفال	٩
إساءة معاملة الأطفال	٤,٥
فقر الدم الناتج عن نقص الحديد	٣-٤
وفيات الطفولة	>٣
المستوى الصحى المقبول أو السيئ	٣
الإصابات المميتة	٢-٣
تخلف النمو	٢,٥
الربو الحاد	٢
الالتهاب الرئوى	١,٦
وفيات الأطفال الرضع	١,٣ - ١,٥
الوزن المنخفض عند الولادة	١,٢ - ٢,٢
المشاكل السلوكية المتطرفة	١,٣

المصدر:
Data from P.L. Geltman et al., Welfare Reform and Children's Health, *Health Policy and Child Health,* Vol. 3, No. 2, pp. 1-5, (c) 1996.

وتقترح مدلولات العلاقة الثابتة بين مقاييس أو مؤشرات الحالة الاجتماعية وبين النتائج الصحية بأن تركز الدراسات فى هذا المجال على الكيفية والجودة التى يتم بها تصنيف وقياس الحالة الاجتماعية. حيث ربما تصور المقاييس غير الدقيقة الفوارق الموجودة على نحو أقل مما تقتضيه الحقيقة بسبب المنزلة الاجتماعية-الاقتصادية فى المجتمع. وبشكل مهم، إذا كان من الممكن وببساطة إرجاع الاختلافات السلالية أو العرقية إلى الفوارق فى المرتبة الاجتماعية، فإنه سوف يغفل عن تلك العوامل التى تؤثر من خلال الأصل أو العرق مثل التمييز العنصرى أو العرقى. هذه العوامل الإضافية تؤثر أيضًا على الفرق بين

المكانة الاجتماعية الحاصل عليها شخص ما وبين المكانة الاجتماعية التى كان يمكن له الحصول عليها لو لم يكن ينتمى لذلك العرق أو الأصل. ويرتبط العرق فى الولايات المتحدة بالوفاة، بغض النظر عن المنزلة الاجتماعية - الاقتصادية، على الرغم من أن تلك الآثار تختلف باختلاف العمر ونوع المرض[١٥].

وتضيف الدراسات عن آثار العوامل الاجتماعية على الحالة الصحية بعض الجوانب المثيرة للانتباه. وبصفة عامة يبدو أن الصحة ترتبط بشكل وثيق بالفروقات فى الدخل فى الدول ولكن يوجد ارتباط ضعيف بين معدلات الوفيات الوطنية وبين متوسط الدخل فيما بين الدول المتقدمة[١٦]. ويقترح هذا النمط بأن الصحة تتأثر بشكل أقل بالتغيرات فى المستويات المادية المطلقة فى المجتمعات الغنية من تأثرها بتفاوت الدخول النسبية والسلبيات الناجمة عنها فى كل دولة. وليست أكثر الدول غنى هى من يشهد أعلى مستويات للعمر المتوقع. وإنما هى تلك الدول المتقدمة التى تكون فيها تفاوت الدخول بين الأغنياء والفقراء على أضيق نطاق كما هو موضح فى الشكل (٢-٣). وتظهر هذه النتيجة أن الصحة فى العالم المتقدم ليست أمراً مرتبطاً بالغنى المادى المطلق للمجتمع وإنما هى أمر يتعلق بالكيفية التى يتم بها مقارنة الظروف المحيطة ببعض أفراد المجتمع مع غيرهم من المنتمين إلى ذلك المجتمع.

ولقد أصبحت تأثيرات الثقافة على الصحة والمرض أيضاً مفهومة بشكل أفضل. وبالنسبة للمختصين فى علم الإنسان، فإن الأمراض ليست مجرد ظواهر مستقل بعضها عن بعض. وإنما يمكن أن ينظر إليها وفهمها من منظور ارتباطها بالبيئة والثقافة. ومن المؤكد أن نوع وخطورة المرض يختلفان باختلاف العمر والجنس والطبقة الاجتماعية والمجموعة العرقية. كما تكشف التوزيعات المختلفة والأنماط الاجتماعية للأمراض اختلافات فى السلوكيات الناتجة عن الثقافة. ومثل هذا المنظور يعتبر ضرورياً لتطوير برامج وقاية وتحكم ناجحة. وتعمل الثقافة على تشكيل السلوكيات المرتبطة بالصحة والاستجابات الإنسانية للأمراض والتى تشمل التغيرات فى البيئة والتى بدورها تؤثر فى الصحة. وكوسيلة للتأقلم مع البيئة، تتوافر للثقافة إمكانية هائلة للتأثير السلبى والإيجابى على الصحة.

هناك براهين على أن المجتمعات المختلفة تحدد الطرق التى يتم بها معاناة تجربة المرض وأن الأنماط الاجتماعية للمرض تظل قائمة حتى بعد تحديد العوامل المساعدة فى نشوء الخطر وتوافر وسائل فعالة للتدخل[١٧-١٩]. وعلى سبيل المثال، فقد تم توثيق الارتباط بين الفقر وبين العديد من النتائج بشكل راسخ. ولكن هذا الارتباط ظل قائماً

على الرغم من التطور المهم فى الطب والصحة العامة والتحسن الذى طرأ على الأوضاع المعيشية والبيئة العملية. وأحد التفسيرات لهذه الظاهرة هو أنه كلما تمت معالجة بعض الأخطار ظهرت مخاطر أخرى مثل السلوكيات المرتبطة بالصحة وتشمل العنف والكحول والتبغ وتعاطى المخدرات. وعلى هذا النحو فإن المجتمعات تقوم بخلق وتشكيل الأمراض التى تتعرض لها. ويبدو هذا التفسير منطقياً خاصة إذا نظرنا للمضمون الاجتماعى الذى توجد فيه الصحة والمرض - البيئة المحيطة والعلاقات الاجتماعية. ويتأثر انتشار مشاكل مثل الإيدز وفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV/AIDS) والأمراض التناسلية المعدية وتعاطى المخدرات بشكل كبير بالعلاقات بين الفئات المعرضة لخطر تلك المشاكل[٢٠]. ويساعد هذا أيضاً فى توضيح السبب وراء ميل الأفراد الذين يعيشون فى تركيبات اجتماعية غير منظمة إلى وصف حالتهم الصحية على أنها سيئة مقارنة بأشخاص مماثلين ولكن يعيشون فى أوضاع اجتماعية أفضل[٢١، ٢٢].

كما تؤثر البنية الاجتماعية على الاستجابات الاجتماعية للأمراض. حيث اختلفت بشكل كبير الجهود الرامية لتفادى انتشار الحمى التيفوئيدية عن طريق الحد من حريات الناقلين للمرض مثل ميرى التيفوئيدية (Typhoid Mary) عن تلك الجهود التى بذلت للحد من مخاطر انتشار الناقلين لمرض الدفتيريا. ويرجع السبب فى ذلك إلى إمكانية تعرض العديد من المواطنين العاديين إلى إجراءات صارمة لتفادى خطر انتشار المرض. حيث لم يكن مقبولاً اجتماعياً تطبيق نفس الإجراءات على نفس الأخطار على الرغم من التشابه فى الحالتين.

وإذا كانت هذه الأفكار حول التأثيرات الاجتماعية والثقافية صحيحة، فإنها تضع دراسة التباين فى الحالة الصحية فى أعلى أولويات جدول أعمال الصحة العامة. كما تحث هذه الأفكار على النظر للصحة على أنها ظاهرة اجتماعية. وبدلاً من محاولة تحديد كل عامل مساعد على نشوء الخطر يسهم بشكل ثانوى فقط فى تباين النتائج الصحية المتعلقة بالفئات الاجتماعية الدنيا، فإن الطريقة الأكثر فعالية تكمن فى المعالجة المباشرة للسياسات الاجتماعية العريضة (توزيع الثروة والتعليم والتوظيف وغيرها) التى تعمق الفروقات الاجتماعية والتى بدورها تسبب الاختلافات الملاحظة فى النتائج الصحية[١٩]. وتعتبر هذه النظرة الشمولية للصحة ومحدداتها ضرورية لفهم وتحسين الحالة الصحية على مستوى الولايات المتحدة وعلى المستوى العالمى.

المؤثرات الصحية العالمية:

هناك تفاوت كبير بين دول العالم تقريبًا فى كل مقياس للصحة والمرض مستخدم حاليًا. وتندرج العوامل الرئيسية المسئولة عن الاتجاهات الملاحظة وعدم الإنصاف الواضح عبر العالم تحت الفئات العامة التى تشمل البيئة الاجتماعية والطبيعية والسلوك الشخصى والخدمات الصحية. وإذا أخذنا بعين الاعتبار التفاوت الكبير فى الحالة الاجتماعية والاقتصادية والصحية بين الدول المتقدمة والدول التى فى طور النمو والدول النامية، فإنه من السذاجة إصدار تعميمات مطلقة. ولكن الدول ذات المؤشرات الإيجابية عن الحالة الصحية تمتلك بصفة عامة بنى تحتية صحية متطورة وفرصًا وافرة للتعليم والتدريب ومنزلة اجتماعية للنساء عالية نسبيًا ونموًا اقتصاديًا يوازن النمو السكانى[٤]. ورغم ذلك، تشترك الدول على اختلاف مستوياتها فى بعض المشكلات التى تشمل التكاليف المتزايدة المترتبة عن توفير نطاق واسع من الخدمات الاجتماعية والاقتصادية المتطورة للفئات المحرومة من السكان. ويعد الاضطراب الاجتماعى والثقافى المرتبط بالتحضر مشكلة أخرى مشتركة بين الدول فى جميع مستويات التطور. خلال سنوات القرن العشرين، تضاعفت نسبة سكان العالم المقيمين فى مناطق حضرية ثلاث مرات إلى حوالى ٤٠٪. ويتوقع أن يستمر هذا النمو فى القرن الجديد.

ويبدو أن الأخطار البيئية الرئيسية فى العالم اليوم هى تلك المرتبطة بالفقر. ويصح هذا التعميم على الدول المتقدمة وكذلك الدول التى فى طور النمو والدول النامية. ويتوقع بعض المختصين العالميين فى علم الأوبئة أنه فى القرن الحادى والعشرين سوف ينضم الانفجار السكانى وانبعاث الغازات من البيوت الزراعية المحمية مع الفقر لتشكل مجتمعة التهديدات الرئيسية للصحة فى العالم. وتمثل هذه العوامل المؤثرات البشرية على مناخ وموارد العالم ويمكن تذكرها بسهولة بنعتها بالباءات الثلاثة "3 Ps" للصحة العالمية وتشمل التلوث (pollution) والسكان (population) والفقر (poverty).

- تلوث الغلاف الجوى عن طريق انبعاث الغازات من البيوت الزراعية المحمية، والذى سوف ينتج عنه ارتفاع شديد فى درجة حرارة كوكب الأرض مؤثرة على كل من المناخ وحدوث المرض.
- النمو السكانى على مستوى العالم، الذى سوف ينتج عن زيادة فى السكان تتراوح بين ١٠ إلى ١٢ بليون نسمة خلال القرن القادم.
- الفقر والذى دائمًا ما يرتبط باعتلال الصحة والمرض[٢٣، ٢٤].

وربما يفاجئ العديد من الأمريكيين تصنيف عامل السكان باعتباره أحد الاهتمامات الرئيسية للصحة على مستوى العالم. تتناسب معدلات التوالد بشكل عكسى مع مستوى النمو الاقتصادى ومع المنزلة الاجتماعية للنساء بين دول العالم. وسوف يعنى استمرار معدلات التوالد المرتفعة وانخفاض معدلات الوفيات زيادة متسارعة فى أعداد السكان فى الدول التى فى طور النمو. وقد يتطلب الأمر سنوات التاريخ الإنسانى جميعها للوصول إلى تعداد السكان الحالى، ولكن سوف يتطلب الأمر فى هذه المرة أقل من نصف قرن من الزمن لمضاعفة ذلك العدد. ولقد أسهمت عوامل عديدة فى هذا النمو وتشمل الصحة العامة التى ساعدت فى فرص الحمل عن طريق تحسين الحالة الصحية للبالغين وزيادة فرص البقاء للرضع والأطفال والوقاية من الوفيات الحادثة قبل أوانها للبالغين فى الفئات العمرية الأكثر قدرة على الإخصاب والتوالد وخفض عدد الزيجات المنحلة نتيجة لوفاة أحد الزوجين.

وبصفة عامة، فإنه يجب أن تتغلب أساليب الصحة العامة التى تتعامل مع المشاكل الصحية فى العالم على العوائق الضخمة والتى تشمل التوزيع غير المتساوى وغير الكفء للخدمات الصحية وعدم توافر التقنية المناسبة والإدارة السيئة والفقر والبرامج الحكومية غير الكافية وغير الملائمة لتمويل الخدمات المطلوبة. وتتركز غالبية الأمراض التى يمكن الوقاية منها فى العالم فى الدول النامية والدول التى فى طور النمو حيث توجد أيضًا أكثر الاختلافات حدة فى المؤثرات الاجتماعية والاقتصادية. ويوضح جدول (٢-٦) تقديرات للأعباء التى يمكن الوقاية منها والمتعلقة بالأمراض المرتبطة بالمياه على المستوى العالمى.

وعلى الرغم من أن العديد من هذه العوامل يبدو أنه ناشىء عن المستويات المنخفضة للثروة الوطنية، إلا أن الارتباط بين حالة الصحة الوطنية والثروة الوطنية ليس وثيق الصلة. ولذلك فإن إجراء المقارنات عبر الأمم ليست عملية سهلة. وقد لعبت التغيرات فى مستويات المعيشة والتقدم فى تعلم القراءة والكتابة والسياسات فى مجالات التعليم والخدمة الاجتماعية والتغيرات فى سياسة العلاقات الإنسانية بصفة عامة دورًا فى تحسين الحالة الصحية وفقًا للمؤشرات الحالية أكبر من الدور الذى لعبته تدخلات وقائية معينة. ولعل التعقيدات الداخلة فى عملية تحديد وفهم تلك العوامل وعلاقاتها المترابطة يؤدى دائمًا إلى تعذر إجراء المقارنات فى الحالة الصحية بين الولايات المتحدة وغيرها من الدول.

جدول (٢-٦)

تقديرات منظمة الصحة العالمية للإصابات والوفيات الناجمة عن الأمراض المرتبطة بالمياه، على نطاق العالم، ١٩٩٥م

المرض	الإصابات (عدد الإصابات فى السنة)	الوفيات (عدد الوفيات فى السنة)	العلاقة بمصادر المياه، والصرف الصحى
إسهالى (عن طريق الشرب)	١ بليون	٣,٣ مليون	التخلص غير الصحى من إفرازات الجسم، العادات الصحية الشخصية والمنزلية السيئة، المياه غير الصالحة.
الإصابة بالديدان المعوية	١,٥ بليون[١]	١٠٠,٠٠٠	التخلص غير الصحى من إفرازات الجسم، العادات الصحية الشخصية والمنزلية السيئة.
داء المنشقات	٢٠٠ مليون	٢٠٠,٠٠٠	التخلص غير الصحى من إفرازات الجسم، عدم توافر مصادر المياه الصالحة القريبة.
داء التنين	١٠٠,٠٠٠[١،٢]	—	المياه غير الصالحة للشرب.
التراخوما	١٥٠ مليون[٣]	—	عدم غسل الوجه، والذى يكون عادة بسبب عدم توافر مصادر المياه الصالحة القريبة.
الملاريا	٤٠٠ مليون	١,٥ مليون	سوء إدارة وتخزين المياه، سوء فى تشغيل نقاط توزيع وصرف المياه.
حمى الضنك	١,٧٥ مليون	٢٠,٠٠٠	سوء معالجة الفضلات الصلبة، تخزين المياه، وسوء فى تشغيل نقاط توزيع وصرف المياه.
شلل الأطفال (عن طريق الشرب)	١١٤,٠٠٠	—	التخلص غير الصحى من إفرازات الجسم، العادات الصحية الشخصية والمنزلية السيئة، المياه غير الصالحة.
داء المثقبيات	٢٧٥,٠٠٠	١٣٠,٠٠٠	عدم توافر مصادر المياه الصالحة القريبة.
داء الفيلة	٧٢,٨ مليون[١]	—	سوء إدارة وتخزين المياه، سوء فى تشغيل نقاط توزيع وصرف المياه.
داء كلابية الذنب	١٧,٧ مليون[١،٤]	٤٠,٠٠٠	سوء إدارة المياه والمشاريع ذات الحجم الكبير.

١- عدد المصابين فى الوقت الحاضر.
٢- باستثناء السودان.
٣- حالة من المرض النشط. حوالى ٥,٩ مليون حالة من العمى أو المضاعفات الشديدة لمرض التراخوما تحدث سنويًا.
٤- يشمل حوالى ٢٧٠,٠٠٠ أعمى.

المصدر أعيد طباعتها من:

WHO Warns of Inadequate Communicable Disease Prevention, *Prevention Health Reports*, Vol. 111, pp. 296-297, 1996 US Public Health Service.

تحليل المشكلات الصحية بالنظر إلى العوامل المسببة لها:

تعتبر القدرة على تحديد عوامل مساعدة على نشوء الخطر وطرق العلاقة السببية أمراً ضرورياً لمنطقية قرارات وأفعال الصحة العامة الهادفة لمعالجة مشاكل صحية مهمة فى المجتمع. ولكن من الضرورى أولاً تحديد ما هو المقصود بالمشكلة الصحية. ويقصد هنا بالمشكلة الصحية أنها وضع إنسانى يمكن وصفه باستخدام معايير عن الحالة الصحية قابلة للقياس أو مؤشرات عن جودة الحياة. وفى الفصول اللاحقة من هذا الكتاب، سوف يتم إضافة جوانب أخرى لهذا التعريف المبسط لأغراض حل المشاكل المرتبطة بالجماعة وتطوير التدخلات. وهذا الوصف للمشكلة الصحية على أنها شىء يقاس من خلال المخرجات فقط هو أمر يصعب على البعض قبوله. ويشير هؤلاء لبعض العوامل الهامة مثل الحصول على الرعاية أو الفقر بحد ذاته ويشعرون بأن تلك العوامل يجب أن تصنف على أنها مشاكل صحية. وربما تكون تلك العوامل مشاكل مهمة، ولكن إذا كانت هذه العوامل مهمة بصورة حقيقة فى العلاقة السببية لبعض النتائج الصحية غير المقبولة فيمكن عندئذ التعامل معها على أساس أنها عوامل مرتبطة وليس لكونها مشاكل صحية.

ودائمًا ما توصف العوامل ذات الصلة بمشاكل صحية معينة على نحو عام بأنها عوامل مساعدة على نشوء الخطر ويمكن أن توجد على أحد المستويات الثلاثة. يطلق مصطلح المحددات دائمًا على تلك العوامل المساعدة فى نشوء الخطر ذات الصلة الوثيقة بالنتيجة الصحية موضوع النقاش. بينما يطلق على العوامل المساعدة على نشوء الخطر التى تلعب دوراً متأخراً فى العلاقة السببية العوامل المساهمة المباشرة وغير المباشرة (direct and indirect contributing factors). ومن الممكن وصف العوامل المساعدة على نشوء الخطر إما على المستوى الفردى أو على مستوى الفئة السكانية. فعلى سبيل المثال، يزيد استخدام التبغ من قبل الفرد من فرص الإصابة بأمراض القلب وسرطان الرئة فى حين تؤدى زيادة تفشى استخدام التبغ بين فئة سكانية معينة إلى رفع نسبة حدوث تلك الأمراض (و معدلات الوفيات منها) بين أفراد تلك الفئة.

والمحددات (determinants) هى عوامل مثبتة علمياً ترتبط مباشرة بمستوى المشكلة الصحية. وعندما يحدث تغيير فى مستوى المحدد، يحدث تغير فى مستوى النتيجة الصحية. والمحددات هى أقرب العوامل المنشئة للخطر والتى تعمل من خلالها العوامل الأخرى المنشئة للخطر. ويجب أن يوثق الارتباط بين المحدد والنتيجة الصحية بواسطة

الدراسات العلمية أو الدراسات ذات الصلة بعلم الأوبئة. وعلى سبيل المثال، بالنسبة لمعدلات وفيات المواليد الجدد، تم توثيق محددين هما: معدل انخفاض الوزن عند الولادة (عدد حديثى الولادة المولودين بأوزان تقل عن ٢,٥٠٠ جرام أو حوالى ٥,٥ رطل لكل ١٠٠ مولود حى) ومعدلات الوزن المرتبطة بوفيات معينة. ولن يحدث تحسن فى معدل وفيات المواليد الجدد إلا بتحسين أحد تلك المحددات. ويمكن للنتائج الصحية أن يكون لها محدد واحد أو أكثر.

العوامل المساهمة المباشرة هى عوامل مثبتة علمياً تؤثر فى مستوى محدد ما بصورة مباشرة. ومرة أخرى، لابد من وجود براهين قوية تثبت أن مستوى العامل المساهم المباشر يؤثر فى مستوى المحدد. وباستخدام مثال معدل المواليد الجدد السابق، فإنه قد تم ربط انتشار استخدام التبغ بين الحوامل بخطر انخفاض الوزن عند الولادة. ويمكن أن يكون للمحدد العديد من العوامل المساهمة المباشرة. وبالنسبة لانخفاض الوزن عند الولادة، تشمل العوامل المساهمة المباشرة الأخرى انخفاض معدل زيادة وزن الحامل فى شهور الحمل وعدم كفاية الرعاية الصحية للحامل.

وتؤثر العوامل المساهمة غير المباشرة فى مستوى العوامل المساهمة المباشرة. وعلى الرغم من أن العوامل المساهمة غير المباشرة هى أقل صلة بالنتيجة الصحية موضوع النقاش، إلا أن تلك العوامل دائماً ما تكون ذات ارتباط كافٍ بحيث يجب إحداث تغييرات فيها. وتؤثر العوامل المساهمة غير المباشرة فى مستوى العوامل المساهمة المباشرة والتى بدورها تؤثر فى مستوى المحدد. وبالتالى فإن مستوى المحدد يؤثر فى مستوى النتيجة الصحية. ويمكن أن يكون هناك العديد من العوامل المساهمة غير المباشرة لكل عامل مساهم مباشر. وبالنسبة لانتشار استخدام التبغ بين الحوامل، ربما تشمل العوامل المساهمة غير المباشرة سهولة الحصول على منتجات التبغ من قبل الفتيات وانعدام التثقيف الصحى وعدم وجود برامج للمساعدة فى الإقلاع عن التدخين.

يبدأ إطار عملية تحليل المشكلة الصحية بتحديد المشكلة الصحية (موضحة باستخدام المؤشرات عن الحالة الصحية) ويتبع ذلك تعيين محدد أو أكثر. ولكل محدد يتم تعيين عامل مساهم مباشر أو أكثر. ولكل عامل مساهم مباشر يتم تحديد عامل مساهم غير مباشر أو أكثر. وبصفة عامة، تتمحور إستراتيجيات التدخل على مستوى الفئة السكانية حول معالجة العوامل المساهمة غير المباشرة. وعند إتمام ذلك، يتم عن طريق التحليل تعيين أكبر قدر ممكن من العلاقات السببية بغرض تحديد وجود أى من العوامل المساهمة

فى الوضع الذى تم فيه تخطيط إستراتيجية التدخل. ويوضح كل من جدول (٢-٧) وشكل (٢-١٠) الإطار العام لهذا المنهج. ويشكل هذا الإطار القاعدة لتطوير إستراتيجيات تدخل ذات معنى وهدف. ويستخدم هذا الإطار فى العديد من العمليات والأدوات المستخدمة فى تحديد الاحتياجات الصحية للفئات السكانية والمستخدمة على نطاق واسع فى الوقت الحاضر على المستوى المحلى. وسوف يتم فى الفصل الخامس من هذا الكتاب تقديم وصف أشمل لعمليات وأدوات تحديد احتياجات الفئات السكانية.

جدول (٢-٧)
العوامل المساعدة على نشوء الخطر

المحدد (Determinant)	عامل مثبت علميًا ويرتبط مباشرة بمستوى المشكلة الصحية. ربما يتم تعيين أى عدد من المحددات لمشكلة صحية ما.	مثال: يعتبر الوزن المنخفض عند الولادة محددًا رئيسيًا للمشكلة الصحية الخاصة بوفيات حديثى الولادة
العامل المساهم المباشر (Direct contributing factor)	عامل مثبت علميًا يؤثر فى مستوى المحدد بصورة مباشرة.	مثال: الحصول على رعاية ما قبل الولادة يعد أحد العوامل التى يؤثر فى معدل الوزن المنخفض عند الولادة.
العامل المساعد غير المباشر (Indirect contributing factor)	عامل وثيق الصلة بالفئة السكانية ويؤثر فى مستوى العامل المساهم المباشر. وهذه العوامل قد تتباين بشكل كبير من فئة سكانية إلى أخرى.	مثال: توافر خدمات مثل مراكز رعاية الأطفال أثناء النهار أو المواصلات فى المجتمع ربما يؤثر فى حجم الاستفادة من خدمات رعاية ما قبل الولادة.

المصدر:
Data from Centers for Disease Control and Prevention Public Health Practice Program Office

شكل (٢-١٠)
لوحة عمل تحليل المشاكل الصحية



المصدر أعيد طباعتها من:

CDC Public Health Practice Program Office, 1991.

وعلى الرغم من فائدة هذا الإطار إلا أنه لا يفسر بشكل كامل العلاقات بين المستويات المتعددة للعوامل المنشئة للخطر. فربما تؤثر بعض العوامل المساهمة المباشرة فى أكثر من محدد واحد. كما أن بعض العوامل المساهمة غير المباشرة قد تؤثر فى أكثر من عامل مساهم مباشر. فعلى سبيل المثال، يؤثر الاستخدام المحظور للمخدرات فى أثناء فترة الحمل فى كل من احتمالية انخفاض الوزن عند الولادة ومعدلات معينة للبقاء على قيد الحياة مرتبطة بالوزن عند الولادة. ولتفسير هذه التفاعلات بشكل كامل، يتطلب الأمر الأخذ فى الحسبان بعض العوامل المساهمة المباشرة وغير المباشرة فى عدد من المواقع

المختلفة من قائمة العمل. وعلى الرغم من التقدم الذى طرأ على الأساليب فى حقل علم الأوبئة إلا أن معظم الدراسات تتجاهل العوامل المساهمة التى تؤثر فى مستوى العوامل الرئيسية المنشئة للخطر مؤدية بذلك إلى صياغات مبسطة لعدد من العوامل المنشئة لخطر مشاكل صحية موجودة على مستوى التجمعات السكانية[٢٥].

الأبعاد الاقتصادية للنتائج الصحية:

تعتبر القدرة على تحديد وقياس النتائج والأخطار المرتبطة بالصحة أمراً ضرورياً للقرارات والأفعال المنطقية أو العقلانية. وتتوافر مؤشرات محددة ووسائل للتحليل الاقتصادى لإجراء تقييمات موضوعية وغير موضوعية. ويوجد العديد من المؤشرات الصحية التى تسعى للمفاضلة بين النتائج عن الحالة الصحية وتشمل معدلات العمر المحسنة ومدة الحياة الصحية (span of healthy life) وسنوات العمر المحتملة الضائعة. وعلى سبيل المثال، تعكس سنوات العمر المحتملة الضائعة طريقة لتقييم النتائج الصحية من خلال وضع قيمة أكبر للوفيات الحادثة فى السنوات المبكرة من العمر. وبهذا فإن سنوات العمر الضائعة تصبح مقاماً مشتركاً أو بعبارة أخرى عملة شائعة. ومن الممكن تحويل النتائج الصحية إلى هذه العملة أو حتى إلى عملة حقيقية مثل الدولارات. ويسمح هذا التحويل بإجراء المقارنات بين النتائج من حيث أعلاها كلفة من حيث عدد الأشخاص وعدد حالات تكرار المرض أو غيرها من المقاييس الأخرى. ولقد أصبحت عملية عقد مقارنات تكاليف النتائج الصحية والأحداث الصحية أمراً شائعاً فى مجال الصحة العامة. وتشمل الأساليب المستخدمة فى هذا الشأن دراسات عائد التكلفة (cost benefit) وفعالية التكلفة (cost-effectiveness) ومنفعة التكلفة (cost utility studies).

وتوفر تحليلات عائد التكلفة (cost-benefit analyses) معلومات وافية عن كل من التكاليف والمنافع الناجمة عن تدخل ما. ويؤخذ بعين الاعتبار هنا جميع النتائج الصحية والآثار ذات العلاقة عند تحديد المنافع. ويعبر عن النتائج باستخدام التكاليف الصافية والأرباح الصافية والوقت المطلوب لاسترداد رأس المال المستثمر. وإذا تم التعبير عن الأرباح بلغة النتائج الصحية فإنه بالإمكان حساب سنوات العمر المكتسبة (years of life gained) أو سنوات العمر المعدلة حسب الجودة ((quality-adjusted life years (QALYs)). ويوفر هذا الأسلوب إطاراً لمقارنة تدخلات متباينة. ويتم حساب سنوات العمر المعدلة حسب الجودة من منظور معين يحدد أى التكاليف والعواقب يتم إدخالها فى التحليل.

وتعتبر الأبعاد الاجتماعية ضرورية بالنسبة لتحليلات الصحة العامة. وفى حالة إجرائها بشكل شمولى، وتعتبر تحليلات عائد التكلفة معياراً ذهبياً للمقارنات الاقتصادية.

وتركز تحليلات فعالية التكلفة (cost-effectiveness analyses) على نتيجة واحدة لتحديد أكثر التدخلات فعالية من حيث التكلفة عند توافر عدد من البدائل الممكنة. وتقوم فعالية التكلفة بمعاينة التكاليف المرتبطة ببديل واحد لتحقيق نتيجة محددة. وعادة ما توصف النتائج باستخدام معايير مثل تكلفة كل حالة مرضية تم الحيلولة دون حدوثها أو تكلفة كل نفس تم إنقاذها. وعلى سبيل المثال، ربما ينتج عن إجراء الفحص الطبى على جميع سكان بلدة ما بغرض الكشف عن مدى الإصابة بمرض ما تحديد حالات مرضية بتكلفة ١٥٠ دولاراً أمريكياً لكل حالة جديدة يتم اكتشافها، فى حين قد ينتج عن برنامج فحص طبى آخر موجه للفئات السكانية الأكثر عرضة للخطر (high-risk groups) فقط فى نفس البلدة تحديد حالات مرضية بتكلفة ٥٠ دولاراً أمريكياً لكل حالة جديدة يتم اكتشافها. وعلى الرغم من فائدته لتقييم إستراتيجيات مختلفة لبلوغ نفس النتيجة، إلا أن أساليب فعالية التكاليف تعتبر غير مجدية فى تقييم تلك التدخلات الموجهة إلى أوضاع صحية مختلفة.

وتتشابه تحليلات منفعة التكلفة (cost utility analyses) مع دراسات فعالية التكلفة (cost-effectiveness studies) إلا أن النتائج هنا يعبر عنها باستخدام تكلفة كل سنوات العمر المعدلة حسب الجودة (cost per quality-adjusted life years). وتعد تحليلات منفعة التكلفة ذات فائدة قصوى عندما يؤثر التدخل على كل من الإصابة والوفاة وعندما يكون هناك نطاق واسع من النتائج الممكنة والتى منها جودة الحياة.

وتعتبر جميع الأساليب السالفة الذكر مهمة للتدخلات (interventions) المبنية على إستراتيجيات وقائية. والحجة التى عادة ما تطرح فى هذا الصدد هى "درهم وقاية خير من قنطار علاج". وإذا كانت المعانى التى تنطوى عليها هذه الحكمة صحيحة، فإنه سوف ينتج عن التدخلات الوقائية توفير يعادل ١٦ ضعف التكلفة الحقيقية لتلك التدخلات. ولكن ليس كل التدخلات الوقائية تحقق هذا القدر من التوفير. وعلى الرغم من ذلك، فإن المعلومات الأولية حول تكاليف العديد من النتائج الصحية تشير إلى أن الوقاية توفر الأموال والأرواح. ويعرض جدول (٢-٨) معلومات مستمدة من برنامج الناس الأصحاء لعام ٢٠٠٠ (Healthy People 2000)[٢٦] حول اقتصاديات الوقاية للعديد من الأمراض والحالات الشائعة، وتعكس احتمالية التوفير فى كل من تلك الحالات والأمراض مبالغ ضخمة. ويوضح

الشكل (٢-١١) أن الآثار الناجمة عن المرض والإصابات قد تكون عديدة من نواحى تكاليف الرعاية الطبية فى أقسام العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ وغيرها من مرافق المستشفى[٢٧]. ولقد قدرت إدارة الصحة العامة فى الولايات المتحدة (The US Public Health Service) بأن حوالى ١١٪ من النفقات الصحية المخطط لها لسنة ٢٠٠٠م يمكن تفاديها من خلال الاستثمارات فى مجال الصحة العامة على الأوضاع الستة الصحية التالية: الإصابات الناجمة عن حوادث السيارات والإصابات المهنية والسكتة الدماغية وأمراض شرايين القلب والإصابات المرتبطة بالأسلحة النارية وانخفاض الوزن للأطفال الرضع عند الولادة[٢٨]. وبالإضافة إلى التكاليف الطبية المباشرة، هناك دائمًا التكاليف غير الطبية المرتبطة بالأجور الضائعة والضرائب والإنتاجية.

ويؤكد الاقتصاديون أنه لا بد من اعتبار التكاليف المستقبلية للرعاية والخدمات التى تنتج عن الوقاية من الوفاة بمنزلة منافع سلبية للوقاية. فعلى سبيل المثال، يجب أن تشمل تكاليف الوقاية من الوفاة نتيجة إصابات حوادث السيارات جميع تكاليف الرعاية الطبية المقدمة للشخص على امتداد عمره الزمنى؛ لأن تلك التكاليف لم تكن لتحدث لولا وقاية ذلك الشخص من الوفاة. كما يرى الاقتصاديون أنه من غير المناسب مقارنة الموفورات المستقبلية بالتكاليف الحالية للبرامج الوقائية وأنه يجب أن تخفض تلك الموفورات المستقبلية إلى قيمها الحالية. فإذا كان برنامج وقاية ما سوف يوفر ١٠ ملايين دولار خلال عشرين سنة من الآن، فيجب تحويل تلك العشرة الملايين دولار إلى قيمتها الحالية عند حساب عوائد التكلفة وفعالية التكلفة أو منفعة التكلفة. فربما تكون قيمة العشرة الملايين دولار خلال عشرين سنة من الآن مجرد ٤ ملايين دولار فى الوقت الراهن. وإذا كانت كلفة البرنامج مليون دولار، فإن معدل العائد للتكلفة (benefit/cost ratio) سوف يصبح ٤:١ بدلاً من ١٠:١ حتى قبل جمع التكاليف الإضافية المرتبطة بالرعاية الطبية للأرواح التى تم إنقاذها. وهذه الاعتبارات الاقتصادية مجتمعة تسهم فى صعوبة تسويق التدخلات الوقائية.

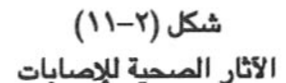
جدول (٢-٨)
اقتصاديات الوقاية

الحالة	الأهمية الإجمالية	التدخل الإجرائى الذى يمكن تفاديه*	التكلفة لكل مريض بالدولار الأمريكى**
أمراض القلب	٧ مليون يعانون أمراض الشرايين التاجية، ٥٠٠,٠٠٠ وفاة فى السنة، ٢٨٤,٠٠٠ جراحة لإحداث مجرى جانبى (bypass) فى الشرايين التاجية	عملية جراحية لتحويل مجرى الشرايين التاجية (Coronary bypass surgery)	٣٠,٠٠٠
السرطان	مليون حالة جديدة فى السنة ٥١٠,٠٠٠ وفاة فى السنة	علاج سرطان الرئة علاج سرطان عنق الرحم	٢٩,٠٠٠ ٢٨,٠٠٠
السكتة الدماغية	٦٠٠,٠٠٠ سكتة دماغية فى السنة، ١٥٠,٠٠٠ وفاة فى السنة.	علاج وإعادة تأهيل الشلل النصفى	٢٢,٠٠٠
الإصابات	٢,٣ مليون حالة تنويم فى المستشفى كل سنة، ١٤٢,٥٠٠ وفاة فى السنة ١٧٧,٠٠٠ شخص فى الولايات المتحدة يعانون إصابات فى الحبل الشوكى.	علاج وإعادة تأهيل الشلل الرباعى علاج وإعادة تأهيل كسر الحوض علاج وإعادة تأهيل إصابات الرأس الحرجة	٥٧٠,٠٠٠ (على مدى الحياة) ٤٠,٠٠٠ ٣١٠,٠٠٠
الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة (HIV infection)	١-١,٥ مليون مصاب ١١٨,٠٠٠ حالة من الإيدز (حتى يناير ١٩٩٠م)	علاج الإيدز	٧٥,٠٠٠ (على مدى الحياة)
إدمان الكحول	١٨,٥ مليون شخص يتعاطى الكحول، ١٠٥,٠٠٠ وفاة مرتبطة بالكحول فى السنة	زراعة الكبد	٢٥٠,٠٠٠
تعاطى المخدرات	المتعاطون العاديون : ١ - ٣ مليون يتعاطون الكوكايين، ٩٠٠,٠٠٠ يتعاطون المخدر عن طريق الحقن الوريدى، ٥٠٠,٠٠٠ يتعاطون الهروين، ٣٧٥,٠٠٠ من حديثى الولادة قد تعرضوا للمخدرات فى أثناء الحمل	علاج حديثى الولادة ممن تعرضوا للكوكايين فى أثناء الحمل	٦٦,٠٠٠ (لمدة ٥ سنوات)
المواليد ذوو الأوزان المنخفضة (LBW infants)	٢٦٠,٠٠٠ مولود مع انخفاض فى الوزن ٢٣٠,٠٠٠ وفاة فى السنة	العناية المركزة للمواليد الجدد بسبب الوزن المنخفض عند الولادة	١٠,٠٠٠
التحصينات غير الكافية	يعانون نقصاً فى سلسلة التحصينات الأساسية: ٢٠٪ -٣٠٪ فى عمر سنتين أو أصغر ٢٪ فى عمر ٦ سنوات أو أكبر	علاج متلازمة الحصبة الألمانية فى أثناء الحمل	٣٥٤,٠٠٠ (على مدى الحياة)

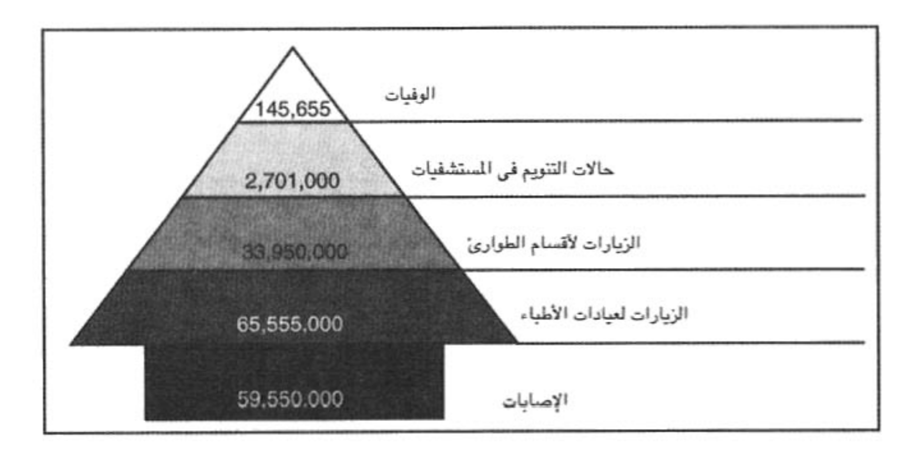
*= التدخلات الإجرائية عبارة عن أمثلة (ويمكن إدراج تدخلات أخرى).

**= تمثل تكاليف السنة الأولى إلا إذا أشير بغير ذلك. الأرقام لا تشمل التكاليف غير الطبية مثل ضياع إنتاجية الفرد على المجتمع.

المصدر أعيد طباعته من:
Healthy People 2000, 1990, U.S. Public Health Service, Washington, DC



شكل (٢-١١)
الآثار الصحية للإصابات



المصدر أعيد طباعته من:

C.W. Burt, Injury-Related Visits to Hospital Emergency Departments, *Advance Data 1995*, No. 261, 1992, NCHS.

وهناك اعتباران اقتصاديان مهمان بالنسبة لسياسة وممارسة الصحة العامة. الأول منهما هو ما يطلق عليه الاقتصاديون تكاليف الفرصة (opportunity costs). وتمثل هذه التكاليف الناتجة عن اختيار أحد البدائل بدلاً عن الآخر. فالموارد المنفقة لتحقيق هدف ما تعتبر غير متوافرة للإنفاق على هدف آخر. ونتيجة لذلك، هناك حاجة للأخذ بعين الاعتبار التكاليف الناجمة عن عدم إدراك المنافع أو الأرباح المحتملة عن البدائل التى لم يقع عليها الاختيار. أما الاعتبار الاقتصادى الثانى ذو الأهمية للصحة العامة فهو مرتبط بالتركيز الشديد للصحة العامة على الإستراتيجيات الوقائية. حيث إن الموفورات أو الأرباح الناجمة عن الجهود الوقائية الناجحة لا يتم إعادة استثمارها فى الصحة العامة أو حتى فى الأغراض الصحية الأخرى. فهذه الموفورات أو الأرباح الناجمة عن الاستثمارات فى مجال الوقاية تعتبر ضائعة. وربما يكون ذلك مناسباً جداً لأن المنافع الكلية تتراكم بشكل موسع فى المجتمع حيث تضل الصحة العامة مشروعاً اجتماعياً أكثر من أى شىء آخر. ولكن لك أن تتخيل الوضع بالنسبة للصناعة الأمريكية وقطاع الأعمال فى حالة عدم تمكنهم من إعادة استثمار أرباحهم لتنمية مشاريعهم. هذا فى الواقع هو الوضع الذى عادة ما تواجهه الصحة العامة والذى يزيد من صعوبة الإقناع بتأمين الموارد المطلوبة.

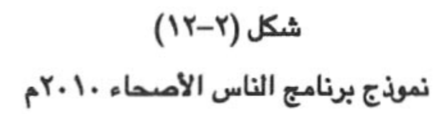
الناس الأصحاء ٢٠١٠م:

يصف كل من البيانات والنقاش فى هذا الفصل وبشكل عام فقط الاختلافات فى الحالة الصحية فى الولايات المتحدة فى مستهل القرن الجديد. ولكنها تبرز العديد من الأفكار المشتركة التى تشكل الأساس للأهداف الصحية الوطنية التى تركز على عام ٢٠١٠م[٢٩]. ويقترح شكل (٢-١٢) (وهو مشابه إلى حد ما النموذج الموضح فى شكل (٢-٩)) بأن برنامج الناس الأصحاء ٢٠١٠م (Healthy People 2010) هو مؤسس على نظرة شمولية للعديد من العوامل التى تؤثر فى الصحة. وأهداف سنة ٢٠١٠م هى مبنية على تجربة الأمة مع مجموعة من الأهداف الصحية التى تمت صياغتها للأعوام ١٩٩٠م و٢٠٠٠م. ويقدم الشكل (٢-١٣) بيانات حول عدد من أهداف برنامج الناس الأصحاء ٢٠١٠م المتعلقة باستخدام التبغ. وقد انبثقت المحاولات الأولية فى أواخر السبعينيات من خلال جهود كبير الأطباء (Surgeon General) جوليوس ريشموند (Julius Richmond) وتنسيق مكتب الوقاية من المرض وتعزيز الصحة (Office of Disease Prevention and Health Promotion) التابع لمكتب مساعد وزير الصحة (the Office of Assistant Secretary for Health).

وقد جرى فى عام ١٩٩٨م تقييم للتقدم الذى تم إحرازه فى صدد تحقيق الأهداف الصحية الوطنية لعام ٢٠٠٠م. حيث تمت مراجعة وتصنيف الوضع الخاص لكل من الثلاث مائة وتسعة عشر (٣١٩) هدفًا باستخدام التقييمات التالية: ١) يسير فى الاتجاه الصحيح، ٢) يسير فى الاتجاه الخاطئ، ٣) لم يتم إحراز أى تقدم، ٤) لم يكن بالإمكان متابعة الهدف. ولقد اتضح من خلال المراجعة النصفية بأن ١٥٪ من تلك الأهداف قد تحققت، كما أن ٤٤٪ منها كانت تسير فى الاتجاه الصحيح وأن ١٨٪ منها كانت تسير فى الاتجاه الخاطئ ولم يتم إحراز أى تقدم فى ٣٪ منها، فى حين أظهرت ٦٪ منها نتائج مختلطة ولم يكن بالإمكان متابعة الهدف فى ١٤٪ منها[٢٩]. ولقد اتضح أن نسبة كبيرة من الأهداف الموجهة لفئات خاصة من السكان، وخاصة السود والهنود الأمريكيين كانت تسير فى الاتجاه الخاطئ. وتدعو هذه النتائج إلى القلق حيث إن الفروقات لاتزال مستمرة إن لم تكن تتزايد فى الولايات المتحدة. وكان التقدم المحرز بصدد تحقيق بعض الأهداف الأكثر شمولية إيجابيًا إلى حد ما حيث تم إنجاز الأهداف المتعلقة بالوفيات المعدلة حسب العمر لجميع الفئات العمرية التى هى دون سن السبعين[٢٩].

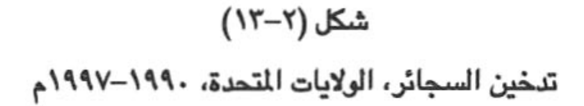
شكل (٢-١٢)

نموذج برنامج الناس الأصحاء ٢٠١٠م



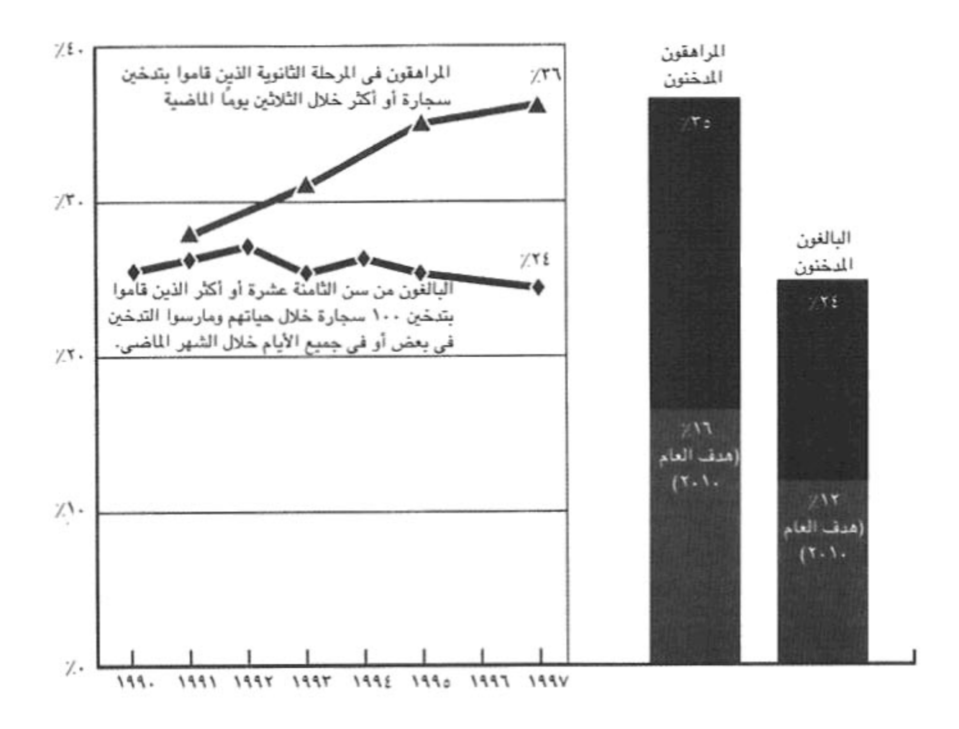
المصدر أعيد طباعته من:

Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.



شكل (٢-١٣)

تدخين السجائر، الولايات المتحدة، ١٩٩٠-١٩٩٧م



المصدر أعيد طباعته من:

Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

ولقد شملت الأهداف الصحية الوطنية للعام ٢٠١٠م قائمة تحتوى على ٤٦٧ هدفًا محدداً تعالج مقاييس الحالة الصحية وانتشار العوامل المنشئة للخطر واستخدام الخدمات الصحية الوقائية. وتندرج تلك الأهداف تحت ٢٨ فئة ذات أولوية (توضيح (٢-١)) وتركز على هدفين رئيسيين: ١) رفع الجودة وسنوات العمر الصحية و٢) إزالة الفروقات الصحية. وسوف يتم قياس النجاح الكلى من خلال ارتباطه بعدد من مقاييس العمر

المحسنة الإجمالية لكل من المجتمع السكانى بشكل عام والأقليات العرقية والسلالية: سنوات العمر المحتملة الضائعة قبل سن ٧٥ وعدد أيام الإقامة فى المستشفى لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة وحالات العجز المبلغ عنها. ونظراً لأن متابعة ٤٦٧ هدفًا وطنيًا يعد أمراً غير عملى فقد تم إعداد قائمة بالمؤشرات الرئيسية (انظر توضيح (٢-٢)) والتى بدورها تركز على ١٠ مسائل مهمة من خلال دمج ٢١ هدفًا من أهداف برنامج الناس الأصحاء لعام ٢٠١٠م.

وعلى الرغم من أن الأهداف العامة تبدو مناسبة إلا أن ارتباط تلك الأهداف هو موضوع قابل للجدل. فمن جانب، تمثل تلك الأهداف أسلوبين مختلفين جداً لتحسين النتائج فى المجتمع السكانى ككل. وإذا ما نظرنا إلى الحالة الصحية للمجتمع ككل على شكل منحنى جاوس (Gaussian curve)، فأحد الأساليب هو نقل المنحنى ككل نحو نتائج أفضل. والأسلوب الثانى هو تغيير شكل المنحنى من خلال تقليل الفروقات بين الأطراف. ويمثل هذان الأسلوبان إستراتيجيات مختلفة جداً تتطلب سياسات وتدخلات مختلفة جداً. ويتطلب التركيز على النهاية الطرفية لمنحنى الصحة استثمارات فى محاولات مشكوك فى فعاليتها وتعود بالنفع على فئة قليلة نسبيًا وتفشل فى تعزيز الصحة بالنسبة للأغلبية. ومن جانب آخر أدت التحسينات الطفيفة التى طرأت على مقاييس الصحة على مستوى المجتمع ككل إلى إضافات أعظم للمجتمع من تلك التحسينات الواضحة فى صحة الأقلية[٣٠]. ويمكن النظر إلى الخيارات المطروحة على أنها تكمن بين التركيز على الظواهر المصاحبة مثل العوامل المنشئة للخطر أو التركيز على المحيط الأشمل والبيئة الاجتماعية. ويعمل برنامج الناس الأصحاء لعام ٢٠١٠م بشكل طموح لتحقيق الاثنين معًا.

وتعتبر مراقبة جميع الأهداف الصحية الوطنية أمراً غير ممكن على مستوى الولاية والمستوى المحلى. وبدلاً من ذلك فإنه من الممكن متابعة الأولويات المرتبطة بالأهداف الصحية الوطنية. ولقد قامت لجنة تابعة لمعهد الطب فى عام ١٩٩٧م بتحديد مجموعة أساسية من المؤشرات ليتم استخدامها فى عمليات تحسين الصحة على مستوى التجمعات السكانية (توضيح (٢-٣)). وتعتبر هذه المجموعة من المؤشرات أكثر شمولية من تلك التى رشحت للاستخدام مع أنشطة برنامج الناس الأصحاء لعام ٢٠٠٠م التى تمت فى التسعينيات الميلادية. وتوفر هذه المجموعة من المؤشرات مجتمعة مع قائمة من المؤشرات الصحية الأساسية المستمدة من العمليات الخاصة ببرنامج الناس الأصحاء ٢٠١٠م نقطة بداية عملية للمبادرات الهادفة لتحسين الصحة على مستوى المجتمع.

توضيح (٢-١)
أهداف الناس الأصحاء ٢٠١٠م ومجالات التركيز

الأهداف (Goals)

١- زيادة الجودة وسنوات العمر الصحية.
٢- إزالة الفروقات الصحية.

مجالات التركيز (Focus Areas)

١- الحصول على خدمات صحية ذات جودة.
٢- التهاب المفاصل وهشاشة العظام وأمراض الظهر المزمنة.
٣- السرطان.
٤- أمراض الكلى المزمنة.
٥- داء السكرى.
٦- العجز والأمراض الثانوية.
٧- البرامج التثقيفية الموجهة للفئات السكانية.
٨- صحة البيئة.
٩- تنظيم الأسرة.
١٠- سلامة الأغذية.
١١- الاتصالات الصحية.
١٢- أمراض القلب والسكتة الدماغية.
١٣- الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة (HIV).
١٤- التحصين والأمراض المعدية.
١٥- الإصابة والوقاية من العنف.
١٦- صحة الأم والرضع والأطفال.
١٧- سلامة المنتجات الطبية.
١٨- الصحة النفسية والأمراض النفسية.
١٩- التغذية وزيادة الوزن.
٢٠- الصحة والسلامة المهنية.
٢١- صحة الأسنان.
٢٢- اللياقة والنشاط البدنى.
٢٣- البنية التحتية للصحة العامة.
٢٤- أمراض الجهاز التنفسى.
٢٥- الأمراض التناسلية المعدية.
٢٦- تعاطى المخدرات.
٢٧- استخدام التبغ.
٢٨- الإبصار والسمع.

المصدر أعيد طباعته من:

Health People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

توضيح (٢-٢)

المؤشرات الرئيسية لبرنامج الناس الأصحاء ٢٠١٠م

النشاط البدني:

- نسبة المراهقين الذين يشاركون فى نشاط بدنى قوى يعزز لياقة أجهزة القلب والتنفس ثلاثة أيام أو أكثر فى الأسبوع ولمدة عشرين دقيقة أو أكثر فى كل مرة.
- نسبة البالغين الذين يشاركون بشكل معتاد - يفضل أن يكون يوميًا - فى نشاط بدنى معتدل لمدة ثلاثين دقيقة على الأقل يومياً.

زيادة الوزن والبدانة:

- نسبة الأطفال والمراهقين الذين يعانون زيادة فى الوزن والبدانة.
- نسبة البالغين الذين يعانون البدانة.

استخدام التبغ:

- نسبة المراهقين الذين يدخنون.
- نسبة البالغين الذين يدخنون.

تعاطى المواد المخدرة:

- نسبة المراهقين الذين لا يتعاطون الكحول أو أى عقارات محظورة خلال الثلاثين يومًا الأخيرة.
- نسبة البالغين الذين يتعاطون أى عقار محظور خلال الثلاثين يومًا الأخيرة.
- نسبة البالغين المنهمكين بشكل مفرط فى تناول المشروبات الكحولية خلال الشهر الأخير.

السلوك الجنسى المسئول:

- نسبة المراهقين الذين يمسكون عن الاتصال الجنسى أو يستخدمون الواقى الذكرى فى حالة الاتصال الجنسى.
- نسبة الأشخاص النشطين جنسيًا الذين يستخدمون الواقى الذكرى.

الصحة النفسية:

- نسبة البالغين الذين يعانون اكتئابًا ملاحظًا ويخضعون للعلاج.

تابع – توضيح (٢-٢)

الإصابة والعنف:

- معدلات الوفيات الناجمة عن حوادث المركبات.
- معدلات الوفيات الناجمة عن القتل.

جودة البيئة:

- نسبة الأشخاص المعرضين لهواء لا يتطابق مع المواصفات الصحية الخاصة بالأوزون الصادرة عن وكالة حماية البيئة الأمريكية (U.S. Environmental Protection Agency).
- نسبة غير المدخنين المعرضين بيئيًا لدخان التبغ.

التحصين:

- نسبة الأطفال الصغار الذين تلقوا جميع التحصينات الموصى بإعطائها على نطاق عالمى لمدة خمس سنوات على الأقل.
- نسبة البالغين غير المنومين الذين يتلقون لقاح الأنفلونزا سنويًا والذين تم تحصينهم فى أى وقت مضى ضد المرض الذى تسببه المكورة الرئوية (pneumococcal disease).

الحصول على الرعاية الصحية:

- نسبة الأشخاص الحاصلين على التأمين الصحى.
- نسبة الأشخاص الذين لديهم مصدر معين مستمر للرعاية الصحية.
- نسبة الحوامل اللاتى يبدأن رعاية ما قبل الولادة فى الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

المصدر أعيد طباعته من:

Health People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

توضيح (٢-٣)

المؤشرات المقترحة للوضع الصحى للفئة السكانية

الخصائص السكانية الاجتماعية:

١- توزيع السكان حسب العمر والعرق/الأصل.

٢- عدد ونسبة الأشخاص فى المجموعات مثل المهاجرين والمشردين أو غير المتحدثين باللغة الإنجليزية والذين ربما يعتبر حصولهم على الخدمات والموارد المتاحة فى المجتمع أمراً يستدعى الاهتمام.

٣- عدد ونسبة الأشخاص الذين هم فى سن الخامسة والعشرين أو أكبر ويقل مستوى تحصيلهم العلمى عن الثانوية العامة.

٤- نسبة الطلبة المتخرجين من الثانوية العامة لعدد الطلبة الذين التحقوا بالمستوى التاسع قبل ثلاث سنوات سابقة.

٥- متوسط دخل الأسرة.

٦- نسبة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ١٥ سنة ويعيشون فى أسر فى مستوى أو دون خط الفقر.

٧- معدل البطالة.

٨- عدد ونسبة الأسر ذات العائل الواحد.

٩- عدد ونسبة الأشخاص الذين ليس لديهم تأمين صحى.

الحالة الصحية:

١٠- معدل وفيات الرضع حسب العرق/الأصل.

١١- أعداد الوفيات أو معدلات الوفيات المحسنة حسب العمر لحوادث المركبات والإصابات المرتبطة بالعمل والانتحار والقتل وسرطان الرئة وسرطان الثدى وأمراض أوعية القلب وجميع الأسباب حسب العمر والأصل والجنس كما هو مناسب.

١٢- حالات الإصابة المبلغ عنها بأمراض الإيدز (AIDS) والحصبة والدرن والزهرى الأولى والثانوى حسب العمر والأصل والجنس كما هو مناسب.

١٣- الولادات للمراهقين (الأعمار ١٠-١٧) كنسبة من مجموع الولادات الحية.

١٤- عدد ومعدل حالات سوء المعاملة والإهمال بين الأطفال.

العوامل المرتبطة بالأخطار الصحية:

١٥- نسبة الأطفال فى سن عامين الذين حصنوا بجميع اللقاحات المناسبة لأعمارهم كما هو موصى به من قبل اللجنة الاستشارية حول ممارسات التحصين (Advisory Committee on Immunization Practices).

تابع – توضيح (٢-٣)

١٦- نسبة البالغين ممن هم فى سن الخامسة والستين أو أكبر الذين تم تحصينهم فى أى وقت مضى ضد الالتهاب الرئوى الذى تسببه المكورة الرئوية (pneumococcal pneumonia) ونسبة من تم تحصينهم ضد الأنفلونزا خلال الاثنى عشر (١٢) شهراً الماضية.

١٧- نسبة السكان المدخنين حسب العمر والأصل والجنس كما هو مناسب.

١٨- نسبة السكان الذين فى هم فى سن الثامنة عشرة أو أكبر ويعانون البدانة.

١٩- عدد ونوع المواصفات الخاصة بجودة الهواء الصادرة عن وكالة حماية البيئة الأمريكية(U.S. Environmental Protection Agency) التى لم يتم التقيد بها.

٢٠- نسبة الأنهار والبحيرات ومصابِّ الأنهار المصنفة التى تستخدم للأغراض النفعية (مثل صيد الأسماك والسباحة المصرح بها).

استهلاك موارد الرعاية الصحية:

٢١- الإنفاق على الرعاية الصحية لكل فرد للمستفيدين من برنامج الرعاية الصحية الخاص بالمسنين (Medicare) معدل تكلفة الفرد المحسن من قبل برنامج الرعاية الصحية الخاص بالمسنين (AAPCC).

الحالة الوظيفية:

٢٢- نسبة البالغين الذين أفادوا بأن حالتهم الصحية العامة من جيدة إلى ممتازة.

٢٣- متوسط عدد الأيام الذى أفاد البالغون بأن صحتهم البدنية والنفسية كانت جيدة خلال الثلاثين يوماً الأخيرة.

جودة الحياة:

٢٤- نسبة البالغين الراضين عن نظام الرعاية الصحية فى أماكن إقامتهم.

٢٥- نسبة الأشخاص الراضين عن جودة الحياة فى أماكن إقامتهم.

المصدر أعيد طباعته بإذن من:

the Institute of Medicine. *Using Performance Monitoring to Improve Community Health: A Role for Performance Monitoring*, (c) 1997, National Academy Press.

خاتمة:

تتأثر الحالة الصحية للسكان بالعديد من العوامل المستمدة من علم الأحياء والسلوك والبيئة واستهلاك الخدمات الصحية. كما تلعب العوامل الاجتماعية والثقافية دوراً مهماً فى كل من أنماط المرض الذى تعانيه الفئات السكانية المختلفة وفى استجابات تلك الفئات السكانية للمرض والسقم. وعلى الصعيد العالمى، ينتج عن الأخطار المرتبطة بالنمو السكانى والتلوث والفقر وفيات وإصابات لاتزال مرتبطة بسلسلة الأمراض المعدية. وفى الولايات المتحدة، تعتبر المخاطر التى يكون السلوك عاملاً وسيطًا فيها وتشمل التبغ والسلوك الغذائى والكحول ومخاطر الإصابة، وليس الأمراض المعدية، المساهم الرئيسى فى الحالة الصحية. كما أن الفجوة الواسعة بين الأقليات السكانية ذات الدخول المنخفضة وبين غيرهم من الأمريكيين مستمرة فى الاتساع. ولقد برز موضوع تخفيف حدة الاختلافات فى الحالة الصحية بين الفئات السكانية كأهم الأهداف الصحية الوطنية للعام ٢٠١٠م. ولقد زادت احتمالية وجود سياسات وتدخلات أكثر منطقية مع توافر البيانات عن الحالة الصحية وعن المحددات والعوامل المساهمة. وعلى المدى الطويل سوف تؤدى السياسات العامة الهادفة إلى تضييق التفاوت فى الدخل وزيادة الحصول على التعليم وفرص العمل والمسكن إلى تحسن فى الحالة الصحية للسكان تفوق بمراحل التحسن الممكن إحداثه من خلال الجهود المبذولة لتوفير كم أكبر من خدمات الرعاية الصحية. وتتطلب جهود تحسين الصحة أكثر من مجرد البيانات حول المشاكل الصحية والعوامل المساهمة والتى تنظر إلى الصحة من منظور سلبى. كما يحتاج الأمر إلى معلومات ذات منظور إيجابى أكثر تتعلق بإمكانيات الفئة السكانية ومصادر قوتها واستعداداتها. وأهم من هذا كله هو التسليم والقبول بأن الحق فى الصحة هو حق إنسانى أساسى وهو حق مرتبط ارتباطًا لا ينفصم عن غيره من الحقوق الإنسانية إلا إذا أدى ذلك إلى إخلال واضح بجودة الحياة[٣١]. إنه ذلك الحق فى الصحة الذى يؤدى إلى تمكين ممارسة الصحة العامة ويتحدى المشتغلين بالصحة العامة للقيام بقياس الصحة والجودة من خلال وسائط تؤدى إلى تحسينهما.

أسئلة وتمارين للمناقشة:

١- هل الفقر سبب فى الحالة الصحية السيئة أو هل الحالة الصحية السيئة سبب فى الفقر؟ كيف تؤثر وجهات النظر المختلفة حول هذا السؤال على سياسة الصحة العامة؟

٢- طلب منك أن تراجع وتطور القائمة المجمع عليها لأهم مؤشرات الحالة الصحية الواردة فى توضيح (٢-٣). حدد خمسة مؤشرات يمكن إضافتها إلى تلك القائمة مع تبرير سبب اختيارك لتلك المؤشرات؟

٣- قم بزيارة موقع الإنترنت الخاص بإحدى المطبوعات الوطنية واستخدم خصائص البحث لتحديد بعض المقالات عن الصحة العامة الواردة خلال أحد الأشهر الحديثة. صنف المشكلات الصحية (الأمراض والأخطار الصحية) الواردة فى تلك المقالات وقارنها بقائمة المشاكل والمسائل الصحية الواردة فى الجدول (٢-٤). هل أنواع الأمراض والأخطار الصحية المطروحة فى المطبوعة التى اخترتها تتشابه مع تلك الواردة في جدول (٢-٤)؟ هل تعتقد أن بعض الأمراض والأخطار الصحية ممثلة بشكل أكبر أو أقل فى وسائل الإعلام مع المقارنة بأهميتها النسبية المقترحة فى جدول (٢-٤)؟ ما هى المدلولات لدور وسائل الإعلام فى إخبار وتثقيف العامة حول مسائل الصحة العامة؟

٤- تفحص كل موقع من مواقع الإنترنت التالية. ما هى المواقع التى تعتقد أنها أكثر فائدة للمواضيع الرئيسية المناقشة فى هذا الجزء من الكتاب؟ لماذا؟

- باحث الصحة (Healthfinder) <http://www.healthfinder.gov>، الموقع هو تحت رعاية إدارة الخدمات الصحية والإنسانية (DHHS) ويمثل حلقة وصل لأكثر من ٥٠٠ موقع آخر للإنترنت (تشمل ٢٠٠ موقع لجهات فدرالية و٣٥٠ موقعًا تابعة لجهات على مستوى الولايات والمحليات والمؤسسات غير الربحية والجامعات وغيرها من المصادر ذات الصلة باستهلاك الخدمات الصحية). ويحتوى الموقع على حوالى ٥٥٠ وثيقة مختارة وقسم خاصًا بالأسئلة الأكثر شيوعا حول المسائل الصحية وقاعدة بيانات وآليات للبحث حسب الموضوع والجهة.
- الإحصاءات الفيدرالية (Fedstats)<http//:www.fedstats.gov>، يعد الموقع مدخلاً لأنواع متعددة من المعلومات الصادرة عن الجهات الفدرالية شاملة الإحصاءات الصحية.
- المركز الوطنى للإحصاءات الصحية ((National Center for Health Statistics (NCHS <http://www.cdc.gov/nchswww>، ويعد مصدراً قيمًا للبيانات والمعلومات وخاصة عن الصحة فى الولايات المتحدة والتى يمكن تحميلها على أقراص الحاسب الآلى من الموقع.
- ومن المواقع التى يمكن الدخول إليها من خلال الموقع الخاص بالمركز الوطنى للإحصاءات الصحية (NCHS) موقع شيق يحتوى على مجموعة من الأسئلة الأكثر شيوعًا حول الصحة والخدمات الصحية وهو: <http://www.cdc.gov/nchswww/faq/faq.htm>. ربما تُفاجأ ببعض الإجابات على بعض الأسئلة الواردة فى الموقع.

- التقارير الأسبوعية للوفيات والإصابات الصادرة عن مراكز الوقاية والسيطرة على المرض CDC Mortality and Morbidity Weekly Reports) <http://www2.cdc.gov/) mmwr> وبيانات الإصابة والوفاة، حسب الزمان والمكان، التى يمكن الوصول إليها من خلال الموقع و <http://www2.cdc.gov./mmwr/distrnds.html>.
- بيانات الإحصاء الرسمى لسكان الولايات المتحدة (U.S. Census Data <http:// www.census.gov>، ويحتوى على أفضل المعدلات ذات المقام العام.

٥- قارن "إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين" الواردة فى الفصل الأول حول موضوع (الوقاية والسيطرة على الأمراض المعدية) وتلك الواردة فى الفصل الثانى حول موضوع (استخدام التبغ). أى من هذه الإنجازات فى رأيك كان لها أعظم الأثر على الحالة الصحية وجودة الحياة بالنسبة للأمريكيين الذين عاشوا فى بدايات القرن العشرين. علل اختيارك؟

٦- بعد مراجعتك لـ "إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين" حول موضوع (استخدام التبغ)، اختر إحدى النتائج الصحية المرتبطة باستخدام التبغ ثم حلل المشكلة مبينًا محدداتها والعوامل المساهمة فيها مستخدمًا الطريقة الموضحة فى الكتاب. اذكر على الأقل اثنين من المحددات الرئيسية للمشكلة التى اخترتها. ولكل من هذه المحددات، حدد على الأقل اثنين من العوامل المساهمة المباشرة. ولكل عامل مساهم مباشر حدد على الأقل اثنين من العوامل المساهمة غير المباشرة. فى أى مستوى من تحليلك يظهر استخدام التبغ كعامل منشئ للخطر؟

٧- يوضح شكل (٢-١٣) بيانات حول عدد من أهداف الناس الأصحاء ٢٠١٠ ذات العلاقة باستخدام التبغ. ما هى بعض العوامل المهمة التى يجب أخذها فى الاعتبار لبلوغ تلك الأهداف بالنظر إلى الاتجاهات العامة منذ عام ١٩٩٠م؟

٨- فى بعض الأحيان ترد موضوعات السكان والفقر والتلوث بوصفها أهم ثلاثة عوامل مؤثرة فى الحالة الصحية على مستوى العالم اليوم. بعد تفحص موقع منظمة الصحة العالمية (WHO)على الإنترنت على العنوان <http://www.who.ch>، اذكر أسبابًا لاتفاقك أو عدم اتفاقك مع هذا الاعتقاد.

٩- نقاش شيق: هناك ثلاثة مقترحات مطروحة للنقاش. المقترح الأول: المجموعات الخاصة بالأمراض هى التى يجب أن تسجل باعتبارها أسبابًا رسمية للوفاة. المقترح الثانى: العوامل الضمنية التى نتجت عنها تلك الأمراض هى التى يجب أن تسجل كأسباب رسمية للوفاة. المقترح الثالث: لا يجب تسجيل أى أسباب للوفاة فى شهادة الوفيات. اختر أحد هذه المقترحات وثم اكتب ملخصًا يبين موقفك تجاه المقترح مع التعليل.

١٠- تشير التوقعات إلى استمرار الزيادة فى العمر المتوقع خلال النصف الأول من القرن الحادى والعشرين. ما هى الآثار المترتبة عن زيادة العمر المتوقع على كل من الأهداف الرئيسية لبرنامج الناس الأصحاء ٢٠١٠ وعلى زيادة جودة وسنوات العمر الصحية وعلى إزالة الفروقات الصحية؟

المراجع:

١- National Center for Health Statistics (NCHS). Health United States 1999. Hyattsville, MD: U.S. Public Health Service (PHS); 1999.

٢- Allaire SH, LaValley MP, Evans SR et al. Evidence for decline in disability and improved health among persons aged 55 to 70 years: The Framingham heart study. Am J Public Health. 1999;89:1678-1683.

٣- Constitution of World Health Organization. In: Chronicle of world Health Organization Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO); 1947;1:29-43.

٤- Whaley RF, Hashim TJ. A Textbook of World Health. New York, NY: Parthenon;1995.

٥- Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). First reportable underlying cause of death. MMWR. Morb Mortal Wkly Rep. 1996;45:537.

٦- CDC. Achievements in public health, 1900-1999: Tobacco use. MMWR. Morb Mortal Wkly Rep. 1999;48(43):986-993.

٧- Brownson RC, Remington PL, Davis JR, eds. Chronic Disease Epidemiology and Control. Washington, DC: American Public Health Association; 1998.

٨- Seitz F, Plepys C. Monitoring air quality in healthy people 2000. Healthy People 2000 Statistical Notes. Hyattsville, MD: NCHS; 1995:No.9.

٩- Amler RW, Eddins DL. Cross-sectional analysis: Precursors of premature death in the U.S. In: Amler RW, Dull DL, eds. Closing the Gap. Atlanta, GA: C arter Center; 1985:181-187.

١٠- McGinnis JM, Foege W. Actual causes of death in the United States. JAMA. 1993;270:2207-2212.

١١- Chadwick E. Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain 1842. Edinburgh, Scotland: Edinburgh University Press; 1965.

١٢- Smith GD, Egger M. Socioeconomic differences in mortality in Britain and United States. Am J Public Health. 1992;82: 1079-1081.

١٣- Schrijvers CTMN, Stronks K, van de Mheen HD, Mackenbach JP. Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. Am J Public Health. 1999;89: 535-540.

١٤- CDC. Poverty and infant mortality: United States, 1998. MMWR. Morb Mortal Wkly Rep.1996;44:922-927.

١٥- Ng-Mak DS, Dohrenwend BP, Abraido-Lanza AF, Turner JB. A fur-

ther analysis of race differences in the national longitudinal mortality study. Am J Public Health. 1999;89: 1748-1751.

١٦- Wilkenson RG. National mortality rates: the impact of inequality. Am J Public Health. 1992;82:1082-1084.

١٧- Sargent CF, Johnson TM, eds. Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method. Rev ed. Westport, CT: Praeger Publishers; 1996.

١٨- Susser M, Watson W, Hopper K. Sociology in Medicine. New York: Oxford University Press; 1985.

١٩- Link BG, Phelan JC. Understanding sociodemographic differences in health: the role of fundamental social causes. Am J Public Health. 1996;86:471-473.

٢٠- Friedman SR, Curtis R, Neaigus A, Jose B, Des Jarlais DC. Social Networks, Drug Injectors' Lives and HIV/AIDS. New York: Kluwer Academic Publishers; 1999.

٢١- Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: A contextual analysis. Am J Public Health. 1999;89:1187-1193.

٢٢- Malmstom M, Sundquist J, Johansson SE. Neighborhood environment and self-reported health status: A multilevel analysis. Am J Public Health. 1992;82:931-932.

٢٣- Doll R. Health and the environment in the 1990s. Am J Public Health. 1992;82:933-941.

٢٤- Winkelstein W. Determinants of worldwide health. Am J Public Health. 1992;82:931-932.

٢٥- Fielding JE. Public health in the twentieth century: Advances and challenges. Ann Rev Public Health. 1999;20:xiii-xxx.

٢٦- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). Healthy People 2000. Washington, DC: DHHS-PHS; 1990.

٢٧- Burt CW. Injury-Related Visits to Hospital Emergency Departments, U.S., 1992. Hyattsville, Md: US Public Health Service; 1995:261.

٢٨- For a Health Nation: Return on Investment in Public Health. Washington, DC: PHS; 1994.

٢٩- DHHS. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. Washington, DC: DHHS-PHS; 2000.

٣٠- McKinlay JB, Marceau LD. A tale of 3 tails. Am J Public Health. 1999;89:295-298.

٣١- Universal Declaration of Human Rights. GA res 217 A(iii), UN Doc A/810, art 25(1); 1948.

الفصل الثالث

الخدمات الصحية والصحة العامة



يبدأ هذا الفصل من حيث انتهى الفصل الثانى بالمؤثرات على الصحة. ولكن المؤثرات التى سوف يتم إيضاحها فى الفصل الثالث تتعلق بالتدخلات والخدمات المتاحة من خلال النظام الصحى.

ولم تكن العلاقة بين الصحة العامة وبين الأنشطة الأخرى المرتبطة بالصحة واضحة فى أى وقت من الأوقات وفى السنوات الأخيرة أصبحت تلك العلاقة أقل تحديداً أيضاً. وربما يرجع سبب بعض عدم الوضوح هذا، وبالتأكيد ليس كله، إلى التصورات المتعددة للصحة العامة التى تم وصفها فى الفصل الأول. إضافة إلى بقاء النظام الصحى للولايات المتحدة تحت مظلة الفهم الخاطئ من قبل العامة، يوجد هناك وجهات نظر مختلفة بين المشتغلين بالصحة وبين صانعى السياسة حول ما إذا كانت الصحة العامة تعتبر جزءاً من النظام الصحى أو أن النظام الصحى يعتبر جزءاً من مشروع الصحة العامة. ويتفق الأغلبية على أن تلك المكونات تخدم نفس الأغراض، ولكنهم يختلفون حول التوازن بين الاثنين وحول المركز للقرارات والأفعال الإستراتيجية. وتشكل مسألة الملكية – والتى سوف تسيطر عليها عناصر القيادة والإستراتيجيات – الأساس لوجهات النظر المختلفة تلك. وفى هذا الكتاب سوف يستخدم مصطلح النظام الصحى (health system) للتعبير عن جميع الجوانب التنظيمية والمالية وتوفير البرامج والخدمات اللازمة للوقاية من المرض والإصابة وعلاجهما. ونظام الصحة العامة هو عنصر أساسى من هذا النظام الصحى الأشمل. وهذه النظرة تتعارض مع التصور الذى لدى غالبية الناس عن نظامنا الصحى حيث إن العامة وبصورة شائعة ينظرون إلى النظام الصحى على أنه يشمل فقط الرعاية الطبية والجوانب العلاجية من النظام ككل. وسوف يتم التعبير عن كل من الصحة العامة والقطاع الصحى ككل على أنهما أنظمة (systems) مع الأخذ بعين الاعتبار أن أنشطة الصحة العامة هى جزء من مجموعة أكبر من الأنشطة التى تركز على الصحة والعافية والمرض والعلة.

وعلى الرغم من عدم وضوح العلاقات إلا أن هناك أسباباً عديدة تبرر اهتمام الصحة العامة بالنظام الصحى. وربما يكون أقوى هذه الأسباب هو مجرد حجم ونطاق النظام الصحى للولايات المتحدة، وهذه الخاصية هى التى جعلت من النظام الصحى مسألة أخلاقية. حيث يخصص حوالى ١٢ مليون عامل و ١,٢٥ ترليون دولار أمريكى من الموارد لأغراض مرتبطة بالصحة[١]. ولكن قد تكون هذه الاستثمارات الضخمة من الموارد المالية والبشرية غير محققة لما يمكن أو ما يجب عليها عمله بلغة النتائج الصحية.

ويسهم عدم حصول عدد متزايد من الأمريكيين على الخدمات الصحية الضرورية ومستوى الجودة غير المستقر فى تلك النتائج الصحية السيئة. وعلى الرغم من كون مسائل الحصول على الخدمات الصحية والجودة من اهتمامات الصحة العامة منذ أمد طويل إلا أن موضوع القدرة الزائدة للنظام الصحى هو من المسائل الجديدة نسبيًا بالنسبة للصحة العامة.

ويبحث هذا الفصل فى النظام الصحى للولايات المتحدة من نواحٍ متعددة تأخذ فى الاعتبار مدلولات الصحة العامة حول التكاليف والقدرة على الحصول على الخدمات الصحية وغيرها من المسائل المهمة حول السياسة العامة والصحة العامة:

- هل لدى الولايات المتحدة إستراتيجية عقلانية لاستثمار مواردها للحفاظ على صحة الناس وتحسينها؟
- هل الإستراتيجية الحالية تتسم بالإفراط من نواحٍ تحد بشكل غير عادل من الحصول على الخدمات الضرورية والانتفاع بها؟
- هل النظام الصحى مسئول تجاه المستفيدين منه والقائمين فى النهاية بدفع تكاليفه عن جودة ونتائج الخدمات التى يقدمها؟

هذه المسائل المتعلقة بالصحة والإنفاق الزائد والحصول على الخدمات الصحية والمسئولية والجودة هى التى تجعل من النظام الصحى محط اهتمام الصحة العامة.

تبدو المجهودات المكمل بعضها بعضًا أو حتى التعاونية بين كل من الطب والصحة العامة ظاهرة للعيان فى العديد من الإنجازات المهمة فى النتائج الصحية التى تحققت خلال القرن العشرين. ويروى التقدم الذى تم إحرازه منذ عام ١٩٠٠م فى مجالات تحسين نتائج الحمل وتعزيز صحة الأمهات وحديثى الولادة (انظر لاحقًا "إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: تحسن صحة الأم والرضيع"[٢،٣]) هذه القصة من زاوية واحدة. وسوف يتم رسم زاوية أخرى من خلال إطار لربط إستراتيجيات الصحة المتنوعة وأنشطتها بغايتها الإستراتيجية ومستوى الوقاية والعلاقة بممارسة الطب والصحة العامة والتركيز على الفئة السكانية أو الفرد. وسوف يتم باختصار استعراض الاتجاهات الرئيسية الاقتصادية والسكانية وتلك المتعلقة بالموارد كمقدمة لفهم الأفكار المهمة والتغيرات الطارئة فى النماذج. وسوف تبرز من خلال مراجعة تلك المسائل فرص جديدة سنحت بسبب التغيرات الشاملة فى النظام الصحى يرتبط معظمها بإستراتيجيات الرعاية الصحية الاقتصادية.

مثال

إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين:

تحسن صحة الأم والرضيع

(أسهمت كل من الإستراتيجيات الطبية وإستراتيجيات الصحة العامة فى التحسن المثير للإعجاب فى المؤشرات الصحية الخاصة بتحسين صحة الأم والرضيع خلال القرن العشرين. وعلى سبيل المثال يتطلب خفض معدلات وفيات الرضع إما خفض نسبة الرضع المولودين بأوزان منخفضة (الوقاية) أو تحسين فرص أولئك الرضع فى البقاء من خلال رعاية طبية أكثر فعالية. ويجب ألا نعتبر الوقاية والعلاج إستراتيجيات مستقلاً بعضها عن بعض).

تحسين نتائج الحمل:

فى بداية القرن العشرين، توفى من ٦ إلى ٩ نساء فى الولايات المتحدة نتيجة مضاعفات مرتبطة بالحمل لكل ١,٠٠٠ ولادة حية كما توفى حوالى ١٠٠ رضيع قبل بلوغ السنة الأولى من العمر. من عام ١٩١٥م حتى ١٩٩٧م انخفض معدل وفيات حديثى الولادة بأكثر من ٩٠٪ إلى حوالى ٧,٢ لكل ١,٠٠٠ ولادة حية ومن عام ١٩٠٠م حتى ١٩٩٧م انخفض معدل وفيات الأمهات حوالى ٩٩٪ تقريباً ليصبح أقل من ٠,١ وفاة مبلغ عنها لكل ١٠٠٠ ولادة حية (٧,٧ وفاة لكل ١٠٠.٠٠٠ ولادة حية فى عام ١٩٩٧م) (جدول (٣-١) وشكل (٣-١)). وقد أسهمت التدخلات البيئية والتحسينات فى التغذية والتطورات فى الطب الإكلينيكى والتحسن فى مجال الحصول على الرعاية الصحية والتحسينات فى أنظمة مراقبة ومتابعة الأمراض وارتفاع المستويات التعليمية والتحسينات فى مستويات المعيشة فى هذا الانخفاض اللافت للنظر. وعلى الرغم من تلك التحسينات فى معدلات وفيات الأمهات والرضع إلا أنه ظلت هناك فروقات كبيرة حسب الأصل والعرق.

ولا يوجد انخفاض آخر فى الوفيات يوازى الانخفاض فى وفيات الرضع فى هذا القرن. ولو استمرت معدلات وفيات الرضع كما كانت عليه مستوياتها فى مطلع القرن لتوفى فى عام ١٩٩٧م حوالى ٥٠٠.٠٠٠ رضيع قبل بلوغ السنة الأولى من العمر. وبدلاً من ذلك توفى ٢٨.٠٤٥ رضيع فى عام ١٩٩٧م.

فى عام ١٩٠٠م وفى بعض المدن الأمريكية، مات حوالى ٣٠٪ من الرضع قبل حلول تاريخ ميلادهم الأول. وقد ركزت الجهود الرامية إلى خفض وفيات الرضع على تحسين الظروف البيئية والمعيشية فى المناطق الحضرية. وقد لعبت التدخلات البيئية الحضرية (الصرف الصحى والتخلص من الفضلات والمياه الصالحة للشرب) دوراً رئيسياً فى خفض وفيات الرضع. كما ساعد ارتفاع مستويات المعيشة والتى تشمل تحسين مستويات الدخل والتعليم للعائلات فى تعزيز الصحة. كما أسهمت أيضاً معدلات الخصوبة المنخفضة فى خفض وفيات الرضع من خلال وجود فترات زمنية أطول فى إنجاب الأطفال وصغر حجم الأسرة والحالة الغذائية الأفضل للأمهات والرضع. كما أسهمت بسترة الحليب، والتى بدأت فى مدينة شيكاغو فى عام ١٩٠٨، فى السيطرة على الأمراض المنتشرة عن طريق الحليب (على سبيل المثال إصابات المعدة والأمعاء) نتيجة لتلوث مصادر الحليب.

تابع - مثال

جدول (٣-١)

نسبة الانخفاض فى وفيات الرضع وحديثى الولادة وما بعد فترة الولادة حسب السنة، الولايات المتحدة، ١٩١٥-١٩٩٧م*

السنة	نسبة الانخفاض فى الوفيات		
	الرضع العمر (٠ - ٣٦٤ يوم)	حديثو الولادة العمر (٠ - ٢٧ يوم)	ما بعد فترة الولادة (٢٨ - ٣٦٤ يوم)
١٩١٥ - ١٩١٩	٪١٣	٪٧	٪١٩
١٩٢٠ - ١٩٢٩	٪٢١	٪١١	٪٣١
١٩٣٠ - ١٩٣٩	٪٢٦	٪١٨	٪٣٥
١٩٤٠ - ١٩٤٩	٪٣٣	٪٢٦	٪٤٦
١٩٥٠ - ١٩٥٩	٪١٠	٪٧	٪١٥
١٩٦٠ - ١٩٦٩	٪٢٠	٪١٧	٪٢٧
١٩٧٠ - ١٩٧٩	٪٣٥	٪٤١	٪١٤
١٩٨٠ - ١٩٨٩	٪٢٢	٪٢٧	٪١٢
١٩٩٠ - ١٩٩٧	٪٢٢	٪١٧	٪٢٩
١٩١٥ - ١٩٩٧	٪٩٣	٪٨٩	٪٩٦

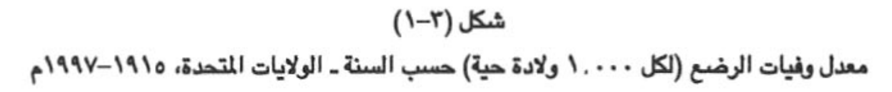
* نسبة الانخفاض محسوبة على أنها الانخفاض من السنة الأولى فى الفترة الزمنية إلى السنة الأخيرة فى الفترة الزمنية.

المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Healthier Mothers and Babies. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 48, No. 38, pp. 849-858, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

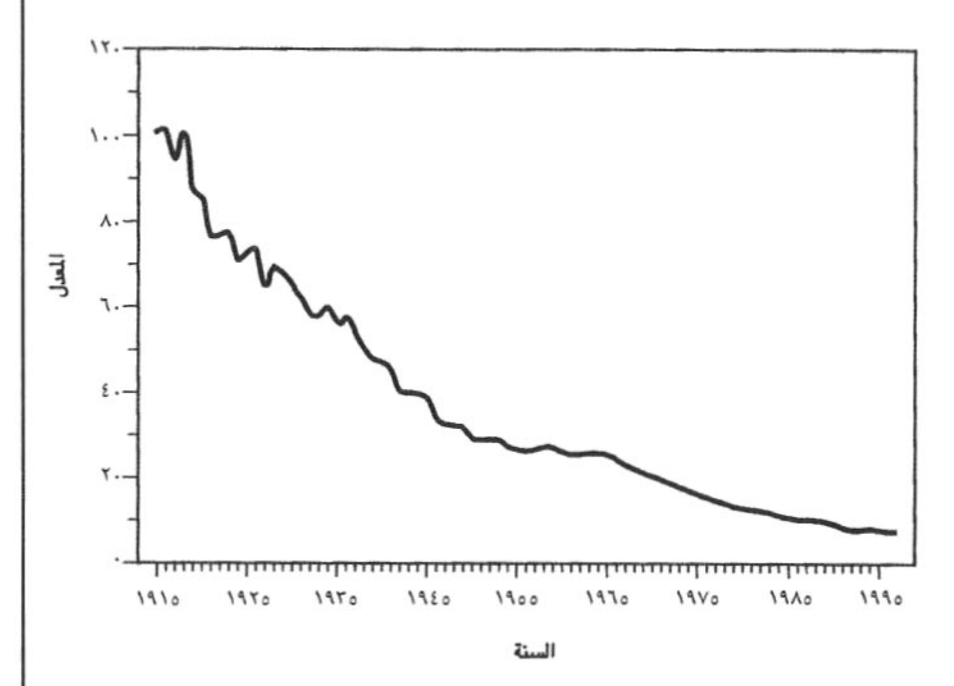
خلال العقود الثلاثة الأولى من القرن، تضافرت جهود الصحة العامة والشئون الاجتماعية والطب الإكلينيكى (تخصصات الأطفال والولادة) للتصدى لوفيات الرضع. وقد بدأ التعاون فى مسألة تعقيم الحليب وتطور ليشمل غيرها من مسائل الصحة العامة. فى عام ١٩١٢م، تم إنشاء دائرة الأطفال (the Children Bureau) لتصبح المؤسسة الحكومية الرئيسية التى تعمل لتحسين شئون الأمهات والرضع حتى عام ١٩٤٦م عندما تضاءل دورها فى مجال صحة الأمومة والطفولة. كما أغلقت دائرة الأطفال أبوابها فى عام ١٩٦٩م. وقامت الدائرة بتحديد مشكلة وفيات الرضع وأثرت على الجدل الدائر حول البرامج اللازمة لتخفيف حدة المشكلة وتحسينها. كما قدمت الدائرة أيضًا الدعم لخدمات شاملة للأمهات والرضع والتى شملت زيارات منزلية قبل الولادة وعند الولادة وبعد الولادة من قبل مقدمى الرعاية الصحية. وبحلول العشرينيات من القرن العشرين عمل توحيد تلك الخدمات على تغيير الأسلوب تجاه وفيات الرضع من معالجة مشاكل حديثى الولادة الصحية إلى أسلوب يشمل برامج الرضيع والأم وما قبل الولادة لتثقيف ومتابعة الرعاية المقدمة للحوامل.

تابع - مثال



شكل (٣-١)

معدل وفيات الرضع (لكل ١.٠٠٠ ولادة حية) حسب السنة - الولايات المتحدة، ١٩١٥-١٩٩٧م



المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Healthier Mothers and Babies. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 48, No. 38, pp. 849-858, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

كما سارع اكتشاف مضادات الميكروبات والانتشار الواسع فى استخدامها (مثل السلفوناميد (sulfonamide) فى عام ١٩٣٧ والبنسلين فى الأربعينيات من القرن العشرين) وتطور العلاج عن طريق الإحلال بالسوائل والكهرباء (fluid and electrolyte replacement therapy) وأساليب نقل الدم الآمنة فى انخفاض وفيات الرضع. حيث انخفضت معدلات وفيات الرضع من عام ١٩٣٠م وحتى عام ١٩٤٩م بنسبة ٥٢٪.

و كانت نسبة الانخفاض فى معدل وفيات ما بعد الولادة (postneonatal) (عمر ٢٨-٣٦٤ يومًا) والبالغة ٦٦٪ أكثر من الانخفاض فى وفيات حديثى الولادة (neonatal) (عمر ٠-٢٧ يوم) والبالغة ٤٠٪. ومن عام ١٩٥٠م وحتى عام ١٩٦٤، انخفضت وفيات الرضع بصورة أكثر بطئًا. وقد أرجعت

تابع - مثال

نسبة متزايدة من وفيات الرضع إلى أسباب ما قبل الولادة وظهرت بين حديثى الولادة الأكثر عرضة للخطر وخاصة نتيجة لانخفاض الوزن والأطفال المولودين بعد فترات حمل غير كاملة. وعلى الرغم من عدم وجود بيانات يعتمد عليها، إلا أنه لم يكن هناك تأثير للانخفاض فى معدلات الولادات ذات الوزن المنخفض على الهبوط السريع فى وفيات الرضع خلال العقود الماضية بسبب أن الانخفاض فى الوفيات تركز بشكل رئيسى فى وفيات ما بعد الولادة والتى تتأثر بشكل أقل بالوزن عند الولادة. وقد أدت البرامج غير الكافية لخفض الوفيات بين حديثى الولادة الأكثر عرضة للخطر فى الخمسينيات والستينيات الميلادية إلى تجديد الجهود الرامية لتحسين الحصول على رعاية ما قبل الولادة ـ وخاصة للفقراء – وإلى جهد منظم لإنشاء وحدات العناية المركزة لحديثى الولادة وإلى دعم الأبحاث فى مجال صحة الأم والرضيع والتى تشمل البحوث فى التقنية الهادفة إلى تحسين احتمالية بقاء الرضع ذوى الأوزان المنخفضة عند الولادة وأولئك المولودين بعد فترات حمل غير كاملة.

خلال أواخر الستينيات الميلادية وبعد تطبيق قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين (Medicaid) وغيره من البرامج الاتحادية انخفضت وفيات الرضع (وخاصة وفيات ما بعد الولادة) بشكل فعلى. من عام ١٩٧٠م وحتى عام ١٩٧٩م هبطت وفيات حديثى الولادة بنسبة ٤١٪ (جدول ٣–١) نتيجة للتقدم التقنى فى رعاية المواليد الجدد وتعميم خدمات رعاية ما قبل الولادة فى المناطق. كما انخفضت وفيات ما بعد الولادة بنسبة ١٤٪. خلال بداية ومنتصف الثمانينيات الميلادية تباطأت معدلات الانخفاض فى وفيات الرضع فى الولايات المتحدة. ولكن خلال الفترة من عام ١٩٨٩م وحتى ١٩٩١م انخفضت وفيات الرضع بشكل أسرع نوعًا ما ويعود السبب فى ذلك غالبًا إلى استخدام أجهزة إعادة مرونة الرئة اصطناعياً للوقاية من وعلاج متلازمة صعوبة التنفس للمولودين قبل فترة حمل كاملة. خلال الفترة من ١٩٩١م وحتى عام ١٩٩٧م، استمرت وفيات الرضع فى الانخفاض ويعود السبب بشكل رئيسى إلى الانخفاض فى حالات متلازمة الموت المفاجئ لحديثى الولادة (sudden infant death syndrome (SIDS)) وغيره من الأسباب الأخرى.

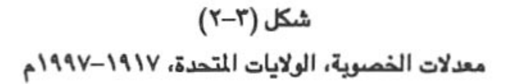
وعلى الرغم من أن التحسينات فى الرعاية الطبية كانت هى القوة الرئيسية وراء الانخفاض فى وفيات الرضع خلال النصف الثانى من القرن إلا أن إجراءات الصحة العامة لعبت دوراً فى ذلك. خلال التسعينيات الميلادية، ساعد أكثر من ٥٠٪ من الانخفاض فى معدلات متلازمة الموت المفاجئ لحديثى الولادة (و العائد إلى التوصيات التى تقضى بوضع الرضع على ظهورهم فى أثناء النوم) فى خفض المعدل العام لوفيات الرضع. كما أسهم الانخفاض فى الأمراض التى يمكن الوقاية منها عن طريق التحصين (مثل الدفتيريا والكزاز والحصبة وشلل الأطفال والحمى الشوكية الناتجة عن ميكروب الأنفلونزا هيموفلس نوع بـ (meningitis Haemophilus influenzae type b) فى خفض الإصابات عند حديثى الولادة وكان له أثر محدود على وفيات الرضع. كما ساعد التقدم فى تشخيص التشوهات الحادة فى الجهاز العصبى المركزى قبل الولادة والإجهاض الاختيارى لحالات الحمل المصابة والتحسن فى العلاج والرعاية الجراحية لغيرها من التشوهات الخلقية فى خفض وفيات الرضع الناجمة عن هذه التشوهات. ومن الممكن أن تؤدى الجهود الوطنية الرامية لحث النساء

تابع - مثال

فى سن الإنجاب على استهلاك الأطعمة أو الفيتامينات المحتوية على حامض الفوليك (folic acid) إلى خفض معدل الإصابة بتشوهات القناة العصبية بمقدار النصف.

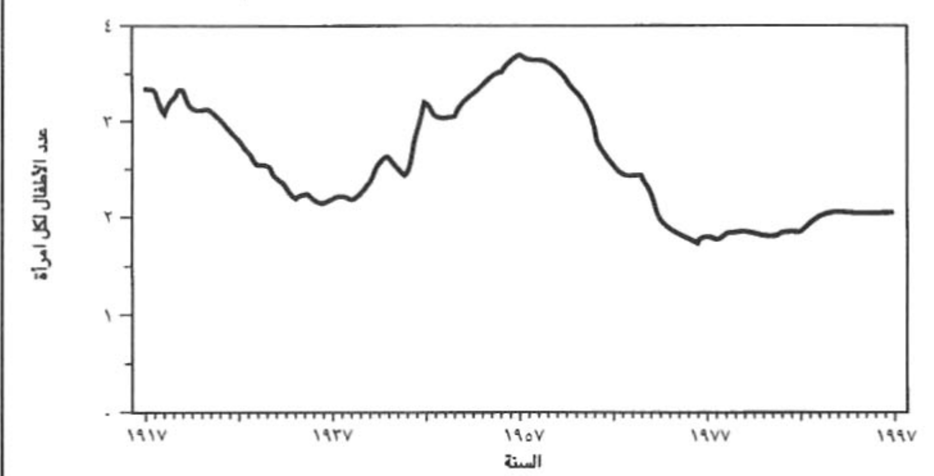
تنظيم الأسرة:

خلال القرن العشرين، كانت السمة المميزة لتنظيم الأسرة فى الولايات المتحدة هى القدرة على تحقيق المسافة الزمنية المرغوبة التى تفصل بين طفل وآخر وحجم الأسرة المطلوب (شكل ٣-٢). كما انخفضت معدلات الخصوبة نتيجة لرغبة الزوجين فى إنجاب عدد أقل من الأطفال وتزامن هذا مع انخفاض وفيات الأطفال وتحول الناس من الريف إلى المدن وارتفاع العمر عند الزواج. وأسهمت الأسر الصغيرة وطول الفترة الفاصلة بين إنجاب طفل وآخر فى تحسن صحة الرضع والأطفال والنساء كما أدت إلى دعم الدور الاجتماعى والاقتصادى للنساء. وعلى الرغم من ارتفاع معدلات الفشل، أسهمت الطرق التقليدية للتحكم بالخصوبة في انخفاض حجم الأسرة. كما حسنت طرق منع الحمل الحديثة وأنظمة الرعاية الصحية الخاصة بالإنجاب والتى أصبحت متوافرة فى أواخر القرن فى قدرة الأزواج على تنظيم أسرهم. كما أدت خدمات تنظيم الأسرة المدعومة من قبل مصادر عامة إلى تجنب حوالى ١,٣ مليون حالة حمل غير مخطط لها.



شكل (٣-٢)

معدلات الخصوبة، الولايات المتحدة، ١٩١٧-١٩٩٧م



المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Family Planning, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 38, pp. 1073-1080, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

تابع - مثال

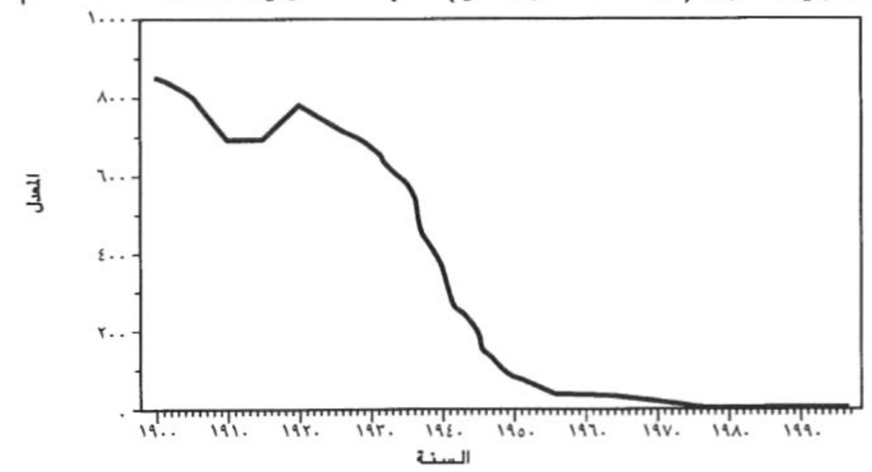
انخفض حجم الأسرة بين عام ١٨٠٠م وعام ١٩٠٠م من ٧,٠ إلى ٣,٥ طفل. فى عام ١٩٠٠م، توفيت من ٦ إلى ٩ نساء لكل ١٠٠٠ امرأة فى أثناء الولادة كما توفى واحد من كل خمسة أطفال خلال السنوات الخمس الأولى من العمر. وقد كان نشر المعلومات وتقديم الاستشارات للمرضى عن منع الحمل ووسائل منعه أموراً غير قانونية حسب القانون الاتحادى وقوانين الولايات كما كان وقت الإباضة وطول فترة الخصوبة وغيرها من الحقائق المتعلقة بالإنجاب غير معروفة.

وفيات الأمهات:

كانت معدلات وفيات الأمهات الأعلى فى الولايات المتحدة خلال الفترة من عام ١٩٠٠ وحتى عام ١٩٣٠م (شكل ٣-٣). ويعتبر كل من التعليم السيئ فى مجال التوليد وممارسات التوليد الخاطئة المسئولين الرئيسيين عن الأرقام المرتفعة فى وفيات الأمهات والتى كان من الممكن تفادى غالبيتها. وكانت الولادة كتخصص غير مرغوب فيه من قبل العديد من الأطباء وكانت رعاية التوليد تقدم من قبل إما ممارسين للطب مدربين بشكل سيئ أو ممارسين ولكن غير مدربين إطلاقاً. وقد تمت غالبية حالات الوضع فى المنازل بمساعدة القابلات أو الأطباء العامين. وكانت إجراءات التوليد غير المناسبة والمبالغ فيها (مثل التحريض على الولادة واستخدام الملقط والتوسعة الجراحية للفرج والولادات القيصرية) شائعة الاستخدام وزاد استخدامها فى العشرينيات الميلادية. وقد كانت الولادات، والتى تشمل بعض التدخلات الجراحية، تتم دون اتباع أسس التعقيم. ونتيجة لتلك الممارسات حدثت ٤٠٪ من وفيات الأمهات نجمت عن تعفن الدم (نصفها بعد الولادة والنصف الآخر مرتبطة بعمليات الإجهاض غير القانونية) فى حين نتجت بقية الوفيات بصورة رئيسية عن النزيف الدموى وتسمم الدم.

شكل (٣-٣)

معدلات وفيات الأمهات (لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية) حسب السنة، الولايات المتحدة، ١٩٠٠-١٩٩٧م



المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Healthier Mothers and Babies, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 48, No. 38, pp. 849-858, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

تابع - مثال

وقد وضح تقرير عن مؤتمر البيت الأبيض المنعقد فى عام ١٩٣٣م حول حماية صحة الطفل وإصابات ووفيات الأجنة والمواليد الجدد والأمهات (The 1933 White House Conference on Child Health Protection, Fetal, Newborn, and Maternal Mortality and Morbidity report) الارتباط بين ممارسات التعقيم السيئة والولادات الجراحية غير المبررة وبين ارتفاع الإصابة بين الأمهات. وقد أدى هذا التقرير وغيره من التقارير التى سبقته إلى لفت الانتباه إلى الحالة التى كانت عليها رعاية الأمومة كما أدى إلى مناشدة الاتحادات الطبية فى الولايات إلى التدخل. خلال الفترة الممتدة من الثلاثينيات إلى الأربعينيات الميلادية تم تشكيل لجان مراجعة وفيات الأمهات فى المستشفيات والولايات. وخلال السنوات اللاحقة تم تطوير إرشادات وضوابط الممارسة والتى حددت مؤهلات الطبيب المطلوبة للحصول على امتياز إجراء الولادات فى المستشفى. وفى نفس الوقت كان التحول من الولادة فى المنزل إلى الولادة فى المستشفى يتم فى جميع أنحاء البلاد. خلال الفترة الزمنية الممتدة بين عام ١٩٣٨ وعام ١٩٤٨ ارتفعت نسبة الرضع المولودين فى المستشفيات من ٥٥٪ إلى ٩٠٪. ولكن هذا التحول كان بطيئًا فى المناطق الريفية والولايات الجنوبية. وقد أدت الولادات الآمنة فى المستشفيات تحت إجراءات تعقيم مناسبة والتحسن فى تقديم رعاية الأمومة للفقراء من قبل الولايات أو المنظمات التطوعية إلى انخفاض فى وفيات الأمهات بعد عام ١٩٣٠م. كما سارعت التطورات الطبية (و التى تشمل استخدام المضادات الحيوية ومحفزات الولادة والنقل الآمن للدم والأساليب المناسبة لعلاج حالات ارتفاع ضغط الدم فى أثناء فترة الحمل) فى انخفاض وفيات الأمهات. حيث انخفضت وفيات الأمهات بنسبة ٧١٪ خلال الفترة الواقعة بين عامى ١٩٣٩م و١٩٤٨م. كما أسهمت القوانين التى تجيز الإجهاض بداية من الستينيات الميلادية فيما نسبته ٨٩٪ من الانخفاض فى الوفيات الناتجة عن تعفن الدم المرتبط بحالات الإجهاض غير القانونى خلال الفترة الممتدة من عام ١٩٥٠م وحتى عام ١٩٧٣م.

و لم يطرأ انخفاض على وفيات الأمهات منذ عام ١٩٨٢م. ولكن يمكن تجنب نصف وفيات الأمهات باستخدام الإجراءات المتوافرة حاليًا. فى عام ١٩٩٧م تم التبليغ عن ٣٢٧ حالة وفاة بين الأمهات بناء على معلومات مأخوذة من شهادات الوفاة. ولكن شهادات الوفاة تقلل من تقديرات تلك الوفيات وتشير الأرقام الواقعية بأن الوفيات تتراوح من ضعفين إلى ثلاثة أضعاف التقديرات المبنية على شهادات الوفاة. وتشمل الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات النزيف الدموى والذى يشمل النزيف المرتبط بالحمل خارج الرحم وارتفاع ضغط الدم الناتج عن الحمل (تسمم الدم) وانسداد الأوعية الدموية.

المصدر بتصرف من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Healthier Mothers and Babies, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 48, No. 38, pp. 849-858, the Centers for Disease Control and Prevention, 199; and. Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Family Planning, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 48, No. 38, pp. 1073-1080, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

الصحة والخدمات الصحية:

يؤثر النظام الصحى على الحالة الصحية من خلال عدد من إستراتيجيات التدخل والخدمات كما هو موثق فى التحسينات فى نتائج الحمل وصحة الأمهات والأطفال[٤]. ويعرض جدول (٣-٢) باختصار العلاقات بين الصحة والمرض من جهة وبين عدد من التدخلات الهادفة إلى الحفاظ على الصحة أو استعادتها. وكما سبق مناقشته فى الفصل الثانى، فإن الصحة والمرض هما أوضاع ديناميكية تتأثر بعدد كبير من العوامل البيولوجية والبيئية والسلوكية والاجتماعية والعوامل المرتبطة بالخدمة الصحية. وينتج عن هذا التفاعل المعقد لهذه العوامل ظهور أو غياب للمرض أو الإصابة، وهما يسهمان فى الحالة الصحية للأفراد والمجموعات السكانية. وهناك عدد من نقاط التدخل الممكنة والتى تشتمل على إستراتيجيتين عامتين تسعيان للحفاظ على الصحة عن طريق التدخل قبل حلول المرض أو الإصابة[٤]. هاتان الإستراتيجيتان هما تعزيز الصحة (health promotion) وإستراتيجيات الحماية المحددة (specific protection). وكلتاهما تتضمنان أنشطة تقوم على تغيير التفاعل بين العوامل المتعددة المؤثرة فى الصحة من نواحٍ تسهم فى تجنب أو تغيير احتمالية حدوث المرض أو الإصابة.

تعزيز الصحة والحماية المحددة:

تهدف أنشطة تعزيز الصحة إلى تعديل السلوكيات الإنسانية بهدف الإقلال من تلك السلوكيات المعروفة بتأثيرها السلبى على القدرة على مقاومة العوامل المؤدية للمرض والإصابة وبالتالى إزالة فرص التعرض للعوامل الضارة. ومن أمثلة أنشطة تعزيز الصحة تدخلات مثل النصائح الغذائية والإرشاد المتعلق بالعوامل الوراثية والإرشاد العائلى وغيرها من الأنشطة العديدة التى تشكل فى مجموعها التثقيف الصحى. ولكن تعزيز الصحة يتضمن أيضاً توفير المسكن الملائم وفرص العمل وأماكن الاستجمام وغيرها من أشكال أنشطة تطوير المجتمع. وما هو واضح من خلال هذه الأمثلة هو أن العديد منها لا يندرج تحت الفهم الشائع لمكونات الرعاية الصحية. حيث ينظر إلى العديد من هذه الأنشطة على أنها من مهام أو مسئوليات المؤسسات الاجتماعية الأخرى، وتشمل السلامة العامة والإسكان والتعليم وحتى القطاع الصناعى. ومما يدعو للتعجب بعض الشىء هو أن الأنشطة التى تركز على حالة الصحة وتسعى إلى صيانة وتعزيز الصحة لا ينظر لها عامة على أنها "خدمات صحية" وهذا الأمر ينطبق أيضاً وإلى حد كبير على إستراتيجيات صيانة الصحة الأخرى ـ أنشطة الحماية المحددة.

جدول (٣-٢)

الإستراتيجيات الصحية ومستويات الوقاية ومجالات الممارسة والفئات المستهدفة

الإستراتيجية	الحالة المعنية	مستوى الوقاية	مجال الممارسة	الفئة المستهدفة
تعزيز الصحة	الصحة	أولى	الصحة العامة	الفئة السكانية
الحماية المحددة	الصحة	أولى	الصحة العامة	الفئة السكانية أو المجموعة المعرضة للخطر
الكشف المبكر عن الحالة والعلاج السريع	المرض	ثانوى	الصحة العامة والرعاية الطبية الأولية	الفرد
الحد من الإعاقة	المرض	ثالث	الرعاية الطبية من المستويين الثانى والثالث	الفرد
إعادة التأهيل	المرض	ثالث	الرعاية طويلة الأجل	الفرد والمجموعة

المصدر:

Data from H.R. Leavell and E.G. Clark, *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*, Third Edition, (c) 1965, McGraw-Hill.

توفر أنشطة الحماية المحددة للأفراد المناعة ضد عوامل (مثل الأحياء الدقيقة كالفيروسات والبكتيريا)، وتغير البيئة لتقليل التفاعلات الضارة المحتملة للعوامل المؤثرة على الصحة (مثل التعرض للمواد السامة فى أماكن العمل). ومن أمثلة الحماية المحددة الأنشطة الموجهة نحو أخطار معينة (مثل استخدام الأدوات الواقية عند إزالة الحرير الصخرى) والتحصينات والهندسة الوظيفية والبيئية والضوابط والأنشطة التنظيمية لحماية الأفراد من المواد المسببة للسرطان فى البيئة (مثل تعرض غير المدخنين لدخان السجائر) والسموم. وترتبط العديد من هذه الأنشطة بتنظيمات غير تنظيمات الرعاية الصحية التقليدية. كما أن العديد من تلك الأنشطة يتم تنفيذها وفرضها من قبل مؤسسات حكومية. ويعرض توضيح (٣-١) تصنيفاً للمنظمات والمؤسسات والمنشآت المرتبطة بالوقاية الصحية.

توضيح (٣-١)

أمثلة للمنظمات والمؤسسات والمنشآت المرتبطة بالوقاية الصحية

المؤسسات الاتحادية

وزارة الزراعة (Department of Agriculture)

وزارة المواصلات (Department of Transportation)

وزارة الطاقة (Department of Energy)

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (Department of Health and Human Services)

وزارة العمل (Department of Labor)

وزارة التعليم (Department of Education)

وزارة العدل (Department of Justice)

وزارة الداخلية (Department of the Interior)

إدارة المحاربين القدامى (Department of Veterans Administration)

وزارة التجارة (Department of Commerce)

وزارة الخزانة (Department of Treasury)

وزارة الإسكان والتطوير الحضرى (Department of Housing and Urban Development)

وكالة حماية البيئة (Environmental Protection Agency)

هيئة سلامة المنتجات للمستهلك (Consumer Product Safety Commission)

مصلحة الطيران الفيدرالية (Federal Aviation Administration)

الهيئة الفيدرالية لسلامة وصحة المناجم (Federal Mine Safety and Health Commission)

المجلس الوطنى لسلامة المواصلات (National Transportation Safety Board)

هيئة تنظيم استخدام الطاقة النووية (Nuclear Regulatory Commission)

هيئة مراقبة السلامة والصحة الوظيفية (Occupational Safety and Health Review Commission)

المؤسسة الفيدرالية لإدارة الطوارئ (Federal Emergency Management Agency)

المؤسسات التابعة للولايات (و يختلف مسمى المؤسسة بإختلاف الولاية)

الشيخوخة (Aging)

الزراعة (Agriculture)

إدمان الكحول وتعاطى المخدرات (Alcoholism and Substance Abuse)

خدمات العائلات والأطفال (Children and Family Services)

تابع – توضيح (٣-١)

الهيئة الاستشارية للصحة واللياقة البدنية (Council on Health and Fitness)

مصلحة خدمات الطوارئ والكوارث (Emergency Services and Disaster Agency)

الطاقة والموارد الطبيعية (Energy and Natural Recourses)

وكالة حماية البيئة (Environmental Protection Agency)

هيئة الوصاية والدفاع عن حقوق القصر (Guardianship and Advocacy Commission)

وكالة الحد من تكاليف الرعاية الصحية (Health Care Cost Containment Agency)

وكالة ومجلس تخطيط المرافق الصحية (Health Facilities Planning Board and Agency)

الصحة النفسية والعجز المرتبط بنقص النمو (Mental Health and Developmental Dis-abilities)

سلامة استخدام الطاقة النووية (Nuclear Safety)

مجلس السيطرة على التلوث (Pollution Control Board)

وكالة تنظيم الحرف المهنية (Professional Regulation Agency)

الإعانة الحكومية (Public Aid)

الصحة العامة (Public Health)

خدمات إعادة التأهيل (Rehabilitation Services)

دوائر الإطفاء التابعة للولاية (State Fire Marshall)

مجلس الولاية للتعليم ((State Education Board)

مجلس الولاية للتعليم العالى ((State Board of Higher Education)

شئون المحاربين القدامى ((Veterans Affairs)

منظمات ومراكز متنوعة

المؤسسات الخيرية (Foundations)

الشركات (Corporations)

الرابطات الصحية التطوعية (Voluntary Health Associations)

الطريق المتحد لأمريكا (United Way of America)

الزيارات لعيادات الأطباء (Physician Office Visits)

الزيارات لمنظمات صيانة الصحة (HMO Visits)

الزيارات لعيادات أطباء الأسنان (Dental Visits)

الكشف المبكر عن الحالة والعلاج السريع والحد من الإعاقة وإعادة التأهيل:

على الرغم من أن كلاً من تعزيز الصحة والحماية المحددة يركز على حالة الصحة ويسعى للوقاية من المرض إلا أن هناك حاجة إلى مجموعة من الإستراتيجيات المختلفة إذا ما نتج عن التفاعل بين العوامل مرض أو إصابة. وعندما يحدث المرض فإن الإستراتيجيات الضرورية هنا هى تلك التى تسهل الكشف المبكر والسيطرة السريعة أو إعادة التأهيل حسب مرحلة تطور المرض.

وبصفة عامة فإن الكشف المبكر والعلاج السريع يقلل من ألم ومعاناة الفرد، وهما أقل كلفة لكل من الفرد والمجتمع من العلاج الذى لا يبدأ إلا بعد بلوغ الحالة المرضية إلى مرحلة أكثر تقدمًا. وتشتمل التدخلات التى تؤدى إلى الكشف المبكر والعلاج السريع على اختبارات الكشف عن الأمراض (screening tests) وجهود الكشف عن الحالات (case-finding efforts) والفحوصات الإكلينيكية الدورية (periodic physical exams). وتتوافر اختبارات الكشف عن الأمراض بصورة متزايدة للكشف عن الأمراض قبل ظهور أعراضها. ويتم توجيه جهود الكشف عن الحالة لكل من الأمراض المعدية وغير المعدية للفئات السكانية الأكثر عرضة لخطر المرض بناءً على معايير ملائمة لذلك المرض. أما الفحوصات الإكلينيكية الدورية، مثل تلك المشار إليها فى التوصيات الخاصة بفئات عمرية معينة الصادرة عن فريق العمل الخاص بالخدمات الصحية الوقائية للولايات المتحدة[٥] (U.S. Preventive Health Services Task Force). فهى تتضمن تلك الممارسات والتى يفضل توفيرها من خلال نظام فعال للرعاية الطبية الأولية. ومن الممكن أن يلعب مقدمو الرعاية الأولية والذين هم أكثر إدراكًا لأنماط المرض والعوامل المؤدية إليه أدوارًا أساسية فى الكشف المبكر لمعظم الحالات الطبية وتوفير الرعاية العلاجية لها.

والحد من الإعاقة هى إستراتيجية أخرى تستهدف المرض من خلال العلاج الفعال المتكامل. وهذه المجموعة من الأنشطة هى ما يساويه معظم الأمريكيين بمفهوم الرعاية الصحية (health care). ويعود السبب إلى حد كبير إلى أن هذه الإستراتيجية تمثل نصيب الأسد فى النظام الصحى للولايات المتحدة بمعيار الموارد المسخرة. ومن المناسب جداً هو أن تلك الجهود تهدف إلى حد كبير إلى حصار المرض أو القضاء عليه أو الحد من العجز وتجنب الوفاة. وآخر إستراتيجيات التدخل التى تركز على إعادة التأهيل من المرض مصممة لإعادة الأفراد الذين تعرضوا للمرض إلى أعلى مستوى من القدرة الوظيفية التى تتلاءم مع قدراتهم البدنية.

الروابط بالوقاية:

هناك العديد من الجوانب العملية لهذا الإطار. حيث يركز على إمكانية الوقاية التى تتضمنها كل إستراتيجية من الإستراتيجيات الخمس للخدمة الصحية. ويمكن تصنيف الوقاية باستخدام أساليب متعددة. وأكثر تلك الأساليب شهرة هو الذى يصنف الوقاية من خلال علاقتها بمرحلة المرض أو الحالة.

ويمكن النظر إلى إستراتيجيات التدخل الوقائية على أنها أولية (primary) وثانوية (secondary) أو من الدرجة الثالثة (tertiary). و تتضمن الوقاية الأولية على الوقاية من المرض أو الإصابة بحد ذاتها وبصورة عامة من خلال التقليل من التعرض أو من مستويات العوامل المنشئة للخطر. وتهدف الوقاية الثانوية للكشف عن عمليات المرض فى مراحلها المبكرة والسيطرة عليها غالبًا قبل أن تصبح علامات وأعراض المرض ظاهرة. وفى هذه الحالة فإن الوقاية هنا هى مماثلة للعلاج الأولى. وتسعى الوقاية من الدرجة الثالثة إلى تجنب العجز من خلال إعادة الأفراد إلى مستوياتهم الوظيفية المثلى بعد حدوث الضرر. ويعتمد اختيار نقطة التدخل فى المستوى الأولى والمستوى الثانوى والمستوى الثالث على اعتبارات المعرفة والموارد والقبول والفعالية والكفاية وغيرها من الاعتبارات الأخرى.

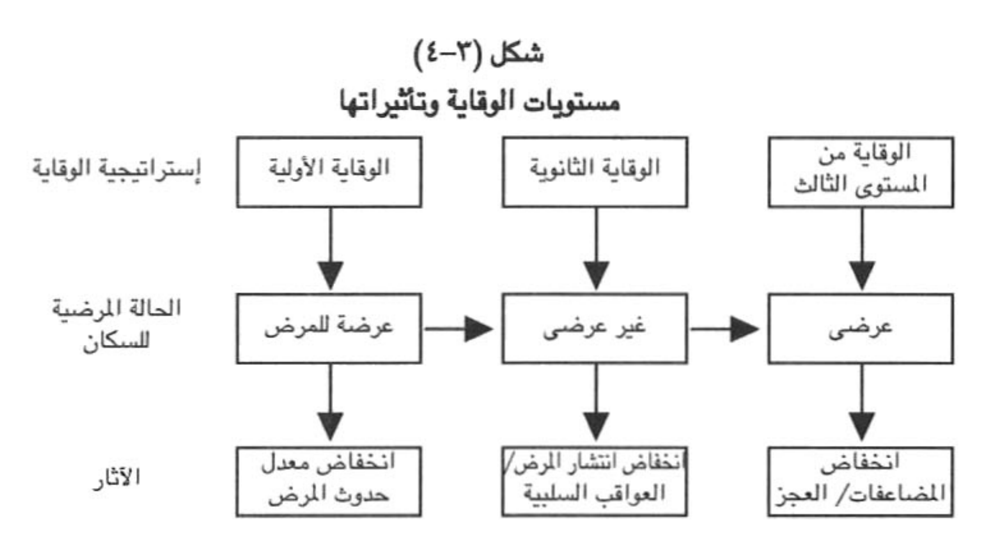
ويوضح جدول (٣-٢) أيضًا العلاقة بين تعزيز الصحة والوقاية المحددة وهذه المستويات من الوقاية. وتعزيز الصحة والوقاية المحددة هى إستراتيجيات وقائية أولية تسعى لمنع حدوث المرض. ويمثل البحث المبكر عن الحالة والعلاج السريع الوقاية الثانوية؛ لأنهما يسعيان إلى إعاقة عمليات المرض قبل ظهور أعراضه. ويمكن اعتبار كل من الحد من الإعاقة وإعادة التأهيل مستويات وقائية من الدرجة الثالثة؛ لكونهما يسعيان لمنع العجز المرتبط بالمرض والإصابة أو الإقلال منهما. وعلى الرغم من اعتبارهما وقاية من الدرجة الثالثة إلا أنهما يحظيان باهتمام رئيسى فى ظل السياسة وتسخير الموارد المعمول بهما حاليًا.

ويوضح الشكل (٣-٤) كلاً من المستويات الثلاثة للإستراتيجيات الوقائية من خلال ارتباطها بحالة المرض فى المجتمع وآثارها على معدلات حدوث المرض وشيوعه. وتعود المنافع المحتملة المتعددة من مستويات التدخل الثلاثة إلى المفاهيم الأساسية الخاصة بعلم الأوبئة المتعلقة بمعدلات حدوث (incidence) وانتشار (prevalence) المرض. ويعتمد معدل انتشار المرض (عدد الحالات الموجودة من المرض والإصابة أو الحدث الصحى) على كل

من معدل حدوث المرض (عدد الحالات الجديدة) ومدة حدوث المرض (duration). وخفض أى من هذه العناصر يؤدى إلى خفض معدل انتشار المرض. وتهدف الوقاية الأولية إلى خفض معدل حدوث الحالات فى حين تسعى الوقاية الثانوية والوقاية من الدرجة الثالثة إلى خفض معدل انتشار المرض عن طريق تقصير مدة بقائه وتحجيم الآثار المترتبة عن المرض والإصابة. ويجب أن يكون واضحًا فى الذهن بأن هناك حدًا نهائيًا للكم الذى يمكن خفضه فى مدة بقاء الحالة. ولهذا فإن الأساليب التى تركز على الوقاية الأولية تنطوى على منافع محتملة أعظم من الأساليب التى تركز على المستويات الأخرى من الوقاية. وغنى عن القول أن هذا الأساس لفهم التأثيرات المختلفة لأساليب الوقاية والعلاج المتعلقة بمشكلة أو حالة صحية معينة لا يمكن المبالغة فيه.

شكل (٣-٤)

مستويات الوقاية وتأثيراتها



المصدر أعيد طباعتها بإذن من:

R.C. Brownson, P. L. Remington, and J. R. Davis, Chronic Disease Prevention and Control, (c) 1993, American Public Health Association.

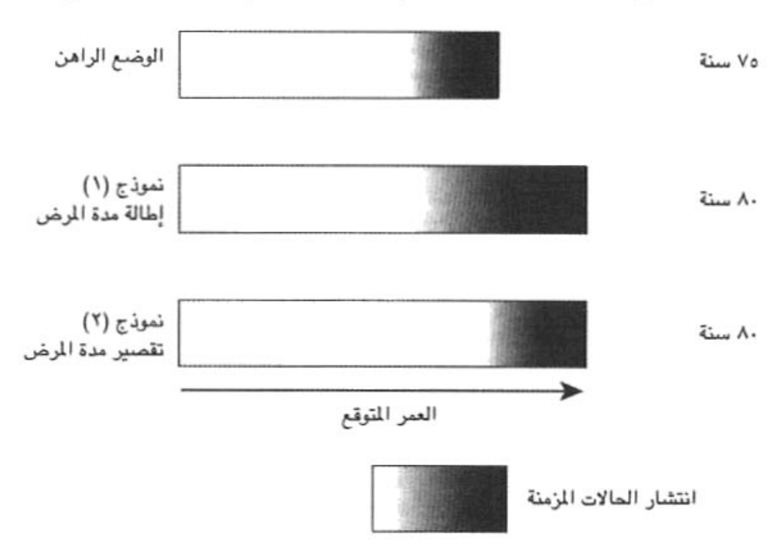
وهذه الاعتبارات ذاتها هى وثيقة الصلة بفكرة تأجيل حدوث الإصابة كإستراتيجية للوقاية كما هو موضح فى الشكل (٣-٥). حيث ربما يؤدى زيادة العمر المتوقع بدون تأجيل الإصابة إلى زيادة عبء المرض فى المجتمع كما هو موضح فى نموذج رقم (١) فى شكل (٣-٥). ولكن تأجيل الإصابة ربما ينتج عنه نشوء حالة متأخرة جداً فى حياة الفرد ينتج عنها إما غياب أو عجز محدود فى الوظيفة.

ويصنف أسلوب آخر من أساليب تصنيف جهود الوقاية التدخلات باستخدام طبيعة التدخل إلى فئات إكلينيكية وسلوكية وبيئية. ويتم تقديم التدخلات الإكلينيكية للأفراد فى حين تنظم التدخلات البيئية على مستوى الفئات السكانية أو المجموعات. أما التدخلات السلوكية فمن الممكن تقديمها إما للأفراد أو المجموعات السكانية وتشمل المجموعات الفرعية التى تم تحديدها لكونها معرضة بشكل أكبر لخطر حالة معينة.

ومن خلال هذا الإطار للنظر فى إستراتيجيات التدخل التى تستهدف الصحة أو المرض تبدو إمكانية الوقاية عنصراً واضحاً فى جميع الإستراتيجيات. وهناك فرص حقيقية فى توظيف إستراتيجيات الوقاية الأولية والثانوية لتحسين الصحة بصفة عامة وفى خفض عبء المرض على الأفراد والمجتمع. وكما أشرنا فى الفصل الثانى فإن خفض عبء المرض يتيح إمكانية حدوث وفر حقيقى فى التكاليف. وتعمل هذه المفاهيم على تشجيع تبنى تدخلات أكثر عقلانية وإستراتيجية استثمارية للنظام الصحى فى الولايات المتحدة الأمريكية.

شكل (٣-٥)

نماذج بديلة لإطالة أو تحجيم الإصابة عند إطالة العمر المتوقع



المصدر أعيد طباعته بإذن من:
R.C. Brownson, P. L. Remington, and J. R. Davis, *Chronic Disease Prevention and Control,* © 1993, American Public Health Association.

الروابط بالصحة العامة والممارسة الطبية:

يعتبر التوزيع الشامل للمسئوليات لتفعيل التدخلات المختلفة جانباً آخر مفيداً لهذا الإطار. ويمكن بصورة تقريبية تحديد مجالات الممارسة هذه فى ثلاثة مجالات: ممارسة الصحة العامة والممارسة الطبية والممارسة فى مجال الرعاية طويلة الأجل[٤]. وتشتمل ممارسة الصحة العامة على تعزيز الصحة والحماية المحددة ونصيب جيد من البحث المبكر عن الحالة. وهذا التعريف الواسع لممارسة الصحة العامة يشمل الأنشطة التى تؤدى من قبل جميع المشتغلين والعاملين فى مجال الصحة العامة وليس أطباء الصحة العامة أو مؤسسات الصحة العامة فقط. وعلى الرغم من أن العديد من هذه الأنشطة تؤدى من قبل مؤسسات الصحة العامة الحكومية على المستوى الفيدرالى ومستوى الولايات والمستوى المحلى إلا أن العديد من الأنشطة الأخرى لا يتم القيام بها. وتظهر ممارسة الصحة العامة فى المؤسسات الصحية التطوعية كما تظهر فى مواقع مثل المدارس ومؤسسات الخدمة الاجتماعية وقطاع الصناعة وحتى فى مؤسسات الرعاية الطبية التقليدية. وفيما يتعلق بالوقاية فإن ممارسة الصحة العامة تشمل جميع أنشطة الوقاية الأولية فى النموذج كما أنها تشمل أيضاً بعض الأنشطة فى مجال التشخيص المبكر والعلاج السريع.

وتعتبر الحدود بين الصحة العامة وبين الممارسة الطبية غير واضحة وغير ثابتة أيضاً. تقليدياً، أسهمت الصحة العامة وبشكل مكثف فى مجال الكشف عن الأمراض فى الوقت الذى عملت فيه كمصدر رئيسى للرعاية الطبية الأولية للفئات السكانية التى تعانى صعوبات فى الحصول على الرعاية الصحية. كما أسهمت الممارسة الطبية أيضاً وبشكل مكثف فى مجال البحث المبكر عن الحالة فى نفس الوقت الذى قامت فيه بدورها التقليدى بتوفير الحصة الرئيسية من خدمات الرعاية الأولية لأغلبية فئات المجتمع.

ويمكن النظر للممارسة الطبية، والتى يقصد بها تلك الخدمات التى تقدم عادة عن طريق أو تحت إشراف الطبيب أو غيره من مقدمى الرعاية الصحية التقليديين، على أنها تشمل ثلاثة مستويات من الخدمات (توضيح ٣-٢). الرعاية الطبية الأولية (primary medical care) والتى جرى تعريفها بصور متنوعة ولكنها بصورة عامة تركز على الحاجات الصحية للأفراد والعائلات. ومن وجهة نظر المريض، تعتبر هى حلقة الوصل الأولى بالرعاية الصحية. كما توفر الرعاية الطبية الأولية ٨٠٪ على الأقل من الرعاية الضرورية وتشتمل على عدد كبير من الخدمات الشاملة والتى تقدم فى مركز الخدمة أو عن طريق الإحالة وتضم تعزيز الصحة والوقاية من المرض والخدمات العلاجية. وهذه الخدمات

متاحة ومقبولة من قبل المريض. وهذا الوصف للرعاية الأولية يختلف كليًا عما يعتبر فى العادة رعاية أولية فى النظام الصحى للولايات المتحدة. وعلى وجه الخصوص، يفتقد ما يوصف حاليًا بخدمات الرعاية الأولية لتلك الأنشطة المتعلقة بتعزيز الصحة والوقاية من المرض.

توضيح (٣-٢)
مستويات هرم الرعاية الصحية

- **الرعاية الطبية من الدرجة الثالثة:**
  الرعاية التخصصية التى تقوم على نظام الإحالة وتتطلب مرافق وقوى عاملة عالية التخصص.
- **الرعاية الطبية الثانوية:**
  عناية متخصصة ورعاية مستمرة للحالات الطبية الشائعة والتى تقابل بشكل غير متكرر وتشمل خدمات الدعم للناس الذين تواجههم تحديات خاصة بسبب الحالات المزمنة والطويلة الأجل.
- **الرعاية الطبية الأولية:**
  الخدمات الإكلينيكية الوقائية والخدمات العلاجية التى تقدم فى الزيارة الأولى والرعاية المستمرة للحالات الطبية الشائعة.
- **خدمات الصحة العامة الموجهة للمجتمع:**
  التدخلات الموجهة للوقاية من المرض وتعزيز الصحة والتى تشكل فى مجموعها الصورة الصحية الكاملة للفئة السكانية.

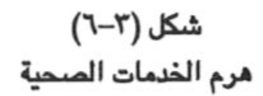
المصدر أعيد طباعته:

For Healthy Nation: Retum on Investments in Public Health, U.S. Public Health Service, 1994.

وإضافة إلى الرعاية الأولية هناك نوعان من الرعاية الأكثر تخصصًا، يطلق عليهما عادة الرعاية الثانوية (secondary) والرعاية من الدرجة الثالثة (tertiary). والرعاية الثانوية هى رعاية متخصصة تخدم الجزء الأكبر من نسبة الـ ٢٠٪ المتبقية من الحاجات التى تقع خارج نطاق الرعاية الأولية. ويقوم الأطباء والمستشفيات بصفة عامة بتوفير الرعاية الثانوية من خلال نظام الإحالة من مصدر الرعاية الأولية. أما الرعاية الطبية من الدرجة

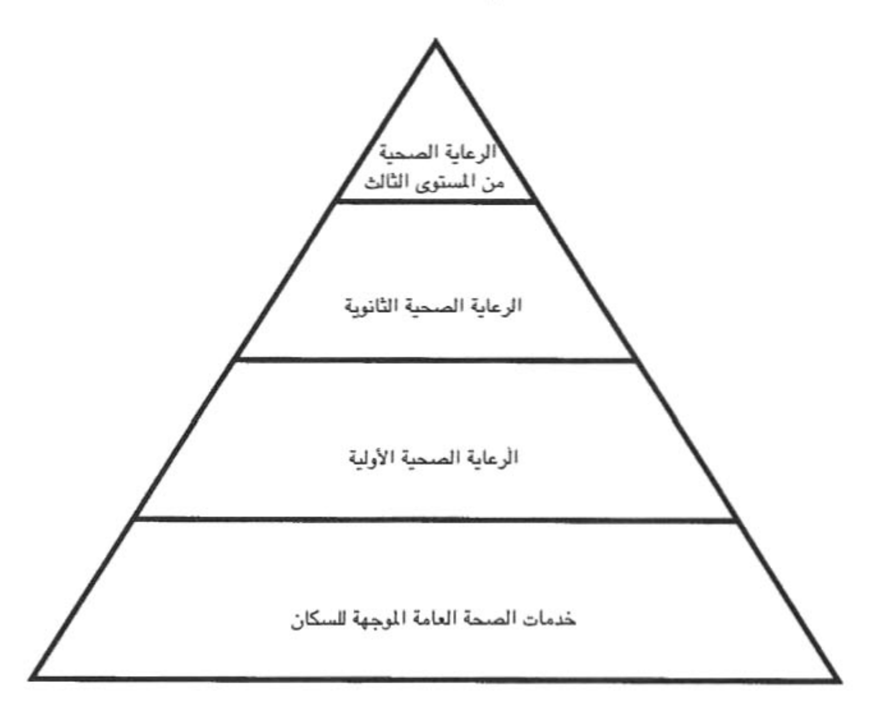
الثالثة فهى أكثر تخصصاً وتستخدم التكنولوجيا الطبية المتقدمة والرعاية الجراحية لعلاج أولئك الذين يعانون حالاتٍ غير عادية أو معقدة (ولا يشكل هذا النوع من الرعاية فى الغالب إلا نسبة قليلة من الحاجة فى أى فرع من فروع الخدمة). ودائماً ما تقدم الرعاية من الدرجة الثالثة فى المراكز الطبية الكبيرة والمراكز الصحية التعليمية. أما الرعاية الصحية طويلة الأجل (long-term care) فإنها تصنف بشكل ملائم منفصلة عن بقية المستويات بسبب الحاجات الخاصة للفئة السكانية التى تحتاج إلى مثل تلك الخدمات والقنوات المتخصصة التى تقدم فيها معظم تلك الخدمات. وهذا الوضع أيضاً متغير نتيجة للتحول المتزايد لخدمات الرعاية طويلة الأجل المتخصصة من مرافق الرعاية طويلة الأجل إلى تلك الخدمات المقدمة فى المنازل.

وفى هرم الخدمات الصحية الموضح فى شكل (٣-٦)، ترتبط أنشطة الوقاية الأولية بشكل كبير مع خدمات الصحة العامة الموجهة للمجتمع فى قاعدة الهرم على الرغم من أن بعض الوقاية الأولية والتى تظهر فى شكل الخدمات الإكلينيكية الوقائية ترتبط أيضاً بخدمات الرعاية الطبية الأولية. وتنقسم أنشطة الوقاية الثانوية مناصفة إلى حد ما بين خدمات الصحة العامة الموجهة للمجتمع وبين الرعاية الطبية الأولية. فى حين تندرج أنشطة الوقاية من الدرجة الثالثة إلى حد كبير تحت عناصر الرعاية الطبية الثانوية وعناصر الرعاية الطبية من الدرجة الثالثة من الهرم. ويوحى استخدام شكل الهرم لعرض الخدمات الصحية بأن كل مستوى يخدم نسبة مختلفة من المجموع الكلى للسكان. حيث إن كل فرد يجب أن يشمل من خلال خدمات الصحة العامة الموجهة للسكان بصفة عامة وكل فرد تقريباً يجب أن يخدم من خلال الرعاية الطبية الأولية. ولكن نسباً صغيرة من المجموع الكلى للسكان تتطلب خدمات الرعاية الطبية الثانوية والخدمات الطبية من الدرجة الثالثة. وفى أى حالة، يجب أن يبنى النظام من الأسفل إلى الأعلى. وليس من المنطقى أن يبنى مثل هذا النظام من الأعلى إلى الأسفل حيث ربما قد لا تتوافر موارد كافية لتلبية احتياجات المستويات الدنيا والتى تشكل القاعدة للنظام. وعلى الرغم من هذا سوف نرى فى الأجزاء القادمة من هذا الفصل أن هذا هو ما حدث بالضبط فى النظام الصحى للولايات المتحدة الأمريكية.



شكل (٣-٦)

هرم الخدمات الصحية



المصدر أعيد طباعته من:
For a Healthy Nation: Return on Investments in Public Health, 1994, Public Health Service, Washington, DC.

المستهدفون بإستراتيجيات الخدمة الصحية:

ويصف الجانب الأخير من هذا النموذج المستهدفين بالإستراتيجيات والأنشطة. وبصفة عامة فإن الخدمات الوقائية الأولية تقدم للمجتمع ككل وتستهدف الفئات السكانية أو المجموعات وليس الأفراد. في حين يمكن توجيه أنشطة البحث المبكر عن الحالة إلى المجموعات أو إلى الأفراد. وعلى سبيل المثال فإن العديد من أنشطة الكشف عن المرض تستهدف المجموعات الأكثر عرضة للخطر عندما تقدم هذه الخدمات من خلال مؤسسات الصحة العامة. ومن الممكن أيضاً تقديم نفس أنشطة الكشف عن المرض للأفراد من خلال

عيادات الأطباء وأقسام العيادات الخارجية التابعة للمستشفيات. فى حين أن معظم الرعاية الطبية الأولية وتقريباً جميع الرعاية الطبية من المستويين الثانى والثالث هى مصممة وعلى نحو صحيح لتلائم الأفراد. ويجب أن نلاحظ أن هناك مفهوماً يطلق عليه الرعاية الأولية المكيفة وفقًا لظروف الفئة السكانية (community-oriented primary care) والتى يتولى فيه مقدمو الرعاية الأولية المسئولية عن جميع أفراد الفئة السكانية بدلاً من قصر المسئولية على أولئك الأفراد الذين يطلبون الخدمة بأنفسهم من مقدميها. ولكن حتى فى هذا النموذج فإن الرعاية تقدم على أساس فردى. وتشمل الرعاية طويلة الأجل على عناصر من كل من الخدمة المقدمة فى بيئة الفئة السكانية والخدمة المكيفة لتلائم ظروف الأفراد. وهذه الخدمات مصممة للأفراد ولكنها غالباً ما تقدم من قبل مؤسسات جماعية أو كجزء من مجموعة من الخدمات لعدد محدد من المستفيدين مثل المرفق الخاص بالرعاية طويلة الأجل.

الحدود المشتركة بين الصحة العامة والممارسة الطبية:

ويلقى هذا الإطار الضوء على احتمالية التعارض بين الصحة العامة والممارسة الطبية. وعلى الرغم من تقديم الصحة العامة والممارسة الطبية كمجالين منفصلين عن بعضهما البعض إلا أن هناك العديد من الحدود المشتركة والتى توفر هيكلاً إما للتعاون أو التصادم. وقد حدثت كلتا الحالتين عبر القرن الماضى. تقليدياً فقد أوكل الممارسون للصحة العامة للممارسين للطب مهمة توفير مجموعة كبيرة ومتنوعة من الخدمات ضد الأمراض والإصابات التى ألمت بالأفراد. وبصفة عامة يعترف الممارسون للطب بالحاجة لمهنة الصحة العامة لإستراتيجيات تعزيز الصحة والحماية الخاصة. وتؤدى الحدود المشتركة إلى مسائل صعبة. فعلى سبيل المثال، وبالنسبة لأحد نشاطات الحماية الخاصة (تحصينات مرحلة الطفولة)، يمكن الجدل بأن الدور المكثف الذى قامت به ممارسة الصحة العامة قد أدى إلى تجزئة الخدمات الصحية الخاصة بالأطفال. حيث إنه من المنطقى أن يتم توفير تلك الخدمات من خلال نظام للرعاية الصحية يتصف بالقدرة على العمل بشكل جيد ومن خلاله أيضًا يتم دمج تلك الخدمات بشكل أفضل مع غيرها من الخدمات التى تستهدف تلك الفئة من المجتمع. وعلى الرغم من الاختلافات التى تظهر أحياناً على السطح حول الأدوار وفى جميع الأحوال فقد دعمت الممارسة الطبية دور الصحة العامة لتعمل هذه الأخيرة كمصدر أخير لتأمين الرعاية الطبية للأفراد الذين لا يملكون الموارد

المالية الكافية للحصول عليها من القطاع الخاص. وقد اختلف هذا الأمر أيضًا من وقت لآخر ومن مكان لآخر.

وعلى سبيل المثال، فقد أدت التطوارت فى مجال الفحوصات البكتيرية التشخيصية فى مختبرات الصحة العامة إلى تعزيز الخلاف بين ممارسى الطب وبين المشتغلين بالصحة العامة حول أمراض مثل الدرن والدفتيريا والتى كان يصعب تمييزها عن غيرها من الأمراض الشائعة والأقل خطورة. ولقد خشى الإكلينيكيون من أن تحل التحاليل المعملية محل الفحوصات الإكلينيكية ومن شأن ذلك، وفى الأسواق الطبية شديدة المنافسة، أن يؤدى إلى عزوف المرضى القادرين على الدفع عن عيادات الأطباء ويتجهون إلى مؤسسات الصحة العامة. كما سادت مسائل الصراع على مناطق النفوذ ونطاق الممارسة فى العديد من المجتمعات.

ولقد كان مجال خدمات الرعاية الأولية مسرحًا لأكثر تلك الصراعات ضراوة وشمل أيضا أنشطة البحث المبكر عن الحالة. ونتيجة لارتفاع العائد من اختبارت الكشف عن الأمراض عندما يتم إجراؤها على أفراد المجموعات الأكثر عرضة للخطر، سعت ممارسة الصحة العامة إلى توظيف أوسع وأكثر لأساليب البحث عن الحالة فى مجموعات الخطر أو التجمعات السكانية (اشتملت على أنشطة التوجه والاتصال المباشر بالمستفيدين من الخدمة). وقد اعتبر ممارسو الطب هذا الأمر أحيانًا تعديًا على مناطق نفوذهم فى بعض خدمات الرعاية الأولية مثل رعاية ما قبل الولادة. وعلى الرغم من عدم وجود قاعدة تقول بعدم ممارسة الصحة العامة فى مناطق نفوذ الممارسة الطبية، والعكس صحيح، كان الاعتقاد السائد بين المجموعتين هو أن الحدود بينهما منفصلة ولكنها غير متكافئة.

ولعله من المهم ملاحظة أن إشكالية الحدود هذه ليست مبنية على مسائل متعلقة بمناطق النفوذ فقط. حيث يوجد اختلافات كبيرة بين المجالين فى نظرة كل منهما للعالم وفى الأساليب المستخدمة. فالممارسة الطبية تسعى إلى حد بعيد للوصول إلى أفضل النتائج من خلال تطوير وتنفيذ خطط العلاج الفردية. ويعنى السعى إلى أفضل نتائج ممكنة للفرد بأن القرارات تتخذ بشكل رئيسى لمنفعة ذلك الفرد. وتبقى اعتبارات التكاليف وتوافر الموارد مسائل ثانوية. وعلى النقيض من هذا تسعى ممارسة الصحة العامة لتوظيف مواردها المحدودة لتفادى أسوأ النتائج على مستوى الجماعة. بحيث يتم تحمل حد مقبول نوعًا ما من الخطر على المستوى الجماعى بهدف تجنب حدوث مستوى غير مقبول من النتائج الصحية. وهناك أساليب للممارسة مختلفة جدًا: تعظيم النتائج الإيجابية للفرد مقارنة بتحجيم النتائج السلبية على الجماعة. ونتيجة لذلك فإن الاختلافات

فى وجهات النظر والفلسفة عادة ما تؤدى إلى اختلافات فى الأساليب والتى تبدو للوهلة الأولى على أنها خلافات متعلقة بالحدود.

يظهر المثال الذى يوضح هذه الاختلافات جليًا فى الأساليب المتبعة عند استخدام فحوص الكشف عن الإصابة بفيروس مرض نقص المناعة المكتسب (HIV) على نطاق واسع فى منتصف وفى أواخر الثمانينيات الميلادية. فقد رأى ممارسو الطب أن هذه الفحوصات ستكون مفيدة فى الممارسة الإكلينيكية وأن تطبيقها على نطاق واسع سوف يساعد فى البحث عن الحالة. ونتيجة لذلك فقد عارض ممارسو الطب بصفة عامة وضع أى قيود على استخدام تلك الفحوصات مثل ضرورة الحصول على الموافقة الخطية للشخص وغيرها من التدابير المتعلقة بالسرية. فى حين رأى المشتغلون بالصحة العامة أن إجراء تلك الفحوصات وعلى نطاق واسع بدون ضمانات وتدابير تحمى الأفراد سوف يؤدى إلى فحص عدد قليل من الأشخاص المعرضين للخطر وبالتالى انخفاض عدد الحالات التى يمكن الكشف عنها فى المجتمع. وربما يصعب فهم هذه الاختلافات فى أساليب الممارسة بسبب تركيز كلا الفريقين (ممارسى الطب والمشتغلين بالصحة العامة) على نفس العلم فيما يتعلق بدقة إجراءات فحص معينة. ولكن بالنظر إلى أهداف الفريقين النهائية واهتمام كل منهما بالنتائج الفردية مقارنة بالنتائج الجماعية فإن الصراع بينهما يصبح أكثر قابلية للفهم.

وربما تختلف وجهات النظر والأدوار بين الصحة العامة والطب إلا أن كليهما مهم وضرورى. والسؤال الحقيقى يكون عن المزيج المناسب بين هذين الأسلوبين الذى سوف يكون أكثر نجاحًا فى تحسين الحالة الصحية فى المجتمع. وهناك أسباب كافية للتساؤل حول السياسة والإستراتيجيات الحالية. ويستعرض جدول (٣-٣) الإسهامات المحتملة لعدد من الإستراتيجيات (المسئولية الشخصية وخدمات الرعاية الصحية والجهد الجماعى على مستوى الفئة السكانية والسياسات الإجتماعية) فى تحجيم الآثار الناجمة عن الأسباب الرئيسية للوفاة المحددة فى الفصل الثانى من الكتاب. ويقترح جدول (٣-٣) بأن الزيادة فى خدمات الرعاية الطبية لن تستطيع منافسة أساليب الصحة العامة (الجهد الجماعى على مستوى الفئة السكانية والسياسات الاجتماعية) فى قدرتها على التخفيف من العبء الناتج عن تلك الأسباب. ولكن الفرص متاحة فى الوقت الراهن من خلال النظام الحالى، وربما تتاح فرص أكبر فى المستقبل القريب من خلال كون النظام يسعى لمعالجة المشاكل الخطيرة التى كادت أن تعرضه إلى مراجعة وإعادة تشكيل شاملة.

جدول (٣-٣)

الأسباب الفعلية للوفيات فى الولايات المتحدة والإسهامات المحتملة لخفضها

الوفيات			الإسهامات المحتملة لخفضها*			
الأسباب	العدد المتوقع	٪	المسئولية الشخصية	نظام الرعاية الصحية	الفعل الجماعى	السياسة الاجتماعية
التبغ	٤٠٠,٠٠٠	١٩	++++	+	+	++
أنماط التغذية/النشاط	٣٠٠,٠٠٠	١٤	+++	+	+	++
الكحول	١٠٠,٠٠٠	٥	+++	+	+	+
مسببات المرض الجرثومية	٩٠,٠٠٠	٤	+	++	++	++
مسببات المرض السامة	٦٠,٠٠٠	٣	+	+	++	++++
الأسلحة النارية	٣٥,٠٠٠	٢	++	+	+++	+++
السلوك الجنسى	٣٠,٠٠٠	١	++++	+	+	+
حوادث السيارات	٢٥,٠٠٠	١	++	+	+	++
تعاطى المخدرات	٢٠,٠٠٠	١ >	+++	+	++	++

* تشير علامة الزائد (+) إلى الأهمية النسبية (فى مقياس من ٤ +)

المصدر أعيد طباعته بإذن من:

Fielding and Halfon, *JAMA* 272:1292-1296, (c) 1995, American Medical Association.

التعاون بين الطب والصحة العامة:

أدت الحاجة إلى تجديد التحالف بين الطب والصحة العامة إلى خلق العديد من المبادرات الواعدة فى السنوات الأخيرة من القرن العشرين. وبنفس الطريقة التى جمع بها علم البكتيريا المشتغلين بالصحة العامة والأطباء الممارسين فى مطلع القرن العشرين لمحاربة الدفتيريا وغيرها من الأمراض المعدية، قد تلعب التكنولوجيا والاقتصاد دور القوى المحركة فى تجديد التحالف بين الطب والصحة العامة فى مطلع القرن الحادى والعشرين. وسعياً إلى تحقق هذه الرؤية قام كل من اتحاد الأطباء الأمريكين (American Medical Association) واتحاد الصحة العامة الأمريكى (American Public Health Association) بالإعلان عن مبادرة الطب والصحة العامة (Medicine/Public Health Initiative) فى عام ١٩٩٤م؛ من أجل توفير قناة مستمرة للتعريف بالمصالح المشتركة ودعم نماذج للتعاون المشترك. وقد تبع اجتماع المؤتمر الوطنى (National Congress) المنعقد فى عام ١٩٩٦م اجتماعات على مستوى المناطق والولايات. كما جرى

تحديد ودعم العديد من أوجه التعاون من خلال الرسالة العلمية واسعة الانتشار والمسمّاة بالطب والصحة العامة: قوة التعاون (Medicine and Public Health: The Power of Collaborations)[٦]. وتلقى الرسالة الضوء على أكثر من ٤٠٠ نموذج للتعاون. وتشتمل التصنيفات العامة لمجالات التعاون على التحالفات والتعاقدات والإدارة/الأنظمة الإدارية والأجهزة الاستشارية والبرامج المشتركة بين المنظمتين. وتمثل هذه المبادرة خطوة رئيسية لمصالح الصحة العامة وهى خطوة مرحب بها بعد طول انتظار. وهى فى الحقيقة تمثل السابقة الأولى التى تلتقى فيه المنظمتان حول المصالح المشتركة.

كما أن التعاون بين الصحة العامة والمستشفيات قد أخذ هو أيضاً دفعة جديدة. حيث بدأت المستشفيات ومنظمات الرعاية الصحية الاقتصادية (managed care organizations) وبشكل متزايد فى السعى لتحقيق الأهداف الصحية لمجتمع الخدمة بصورة منسجمة مع منظمات الصحة العامة فى بعض الأحيان وسادة للثغرات التى توجد على مستوى مجتمع الخدمة فى أحيان أخرى. كما لعبت المستشفيات دوراً قيادياً فى تنظيم أنشطة التخطيط الصحى على مستوى مجتمع الخدمة فى أجزاء عديدة من الولايات المتحدة. ولكن وبشكل أكثر ديمومة شاركت المستشفيات كمساهمين رئيسيين فى جهود التخطيط الصحى المنظمة من قبل مؤسسات الصحة العامة المحلية. كما تم توثيق العديد من الاتصالات الإيجابية مع منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية[٧]. ولم يكن غير شائع فى أن تضمّن مجالس إدارات المستشفيات والمديرون التنفيذيون تقارير الأداء السنوية عدداً من الأهداف الرامية إلى تحقيق المنفعة لمجتمع الخدمة. وشملت بعض أمثلة الإستراتيجيات الصحية الخاصة بمجتمع الخدمة على مايلى:

- إحداث وظائف تعمل على مد الجسور بين المستشفى والمجتمع ككل ترتبط بالمدير التنفيذى ولكنها تركز على مصالح المجتمع وليس المنظمة.
- تغيير أنظمة الحوافز فيما يتعلق بالأجور والمكافآت وقيام أعضاء الإدارة التنفيذية ومجلس الإدارة بربطها بتحقيق الأهداف الصحية الخاصة بالمجتمع.
- تثقيف منسوبى المنظمة عن الهدف الأساسى للمنظمة ورؤيتها المستقبلية وقيمها وربطها جميعاً بالنتائج الصحية فى المجتمع.
- إطلاع مجلس الإدارة على نشاط شركاء المنظمة فى المجتمع.
- ربط أعضاء مجلس الإدارة ومنسوبى المنظمة بالمجتمع.
- التقرير عن الأداء الصحى للمجتمع (التقرير الصحى).

النظام الصحى فى الولايات المتحدة:

هناك العديد من مصادر المعلومات الكاملة عن النظام الصحى فى الولايات المتحدة أكثر مما سوف يتم عرضه فى هذا الفصل من الكتاب. ولكن الغرض هنا هو استعراض تلك الجوانب من القطاع الصحى والنظام الصحى ذات الصلة بالصحة العامة أو تلك التى تثير قضايا ذات أهمية بالنسبة للصحة العامة. وسوف يستعرض هذا الجزء من الفصل بعض القضايا التى تواجه النظام الصحى فى الولايات المتحدة مع تركيز خاص على مشكلات النظام التى تدعم إعادة التشكيل والتغيير. كما سوف يتم تحديد ومناقشة الروابط المشتركة مع الصحة العامة والتأثيرات المحتملة عن تلك التغيرات على التصورات المختلفة للصحة العامة. وعبر الأجزاء اللاحقة سوف يتم استخدام بيانات مستقاة من سلسلة صحة الولايات المتحدة (Health United States series) والتى تصدر سنوياً عن المركز الوطنى للإحصاءات الصحية (the National Center for Health Statistics) لوصف الجوانب الاقتصادية والسكانية والموارد للنظام الصحى الأمريكى.

الأبعاد الإقتصادية:

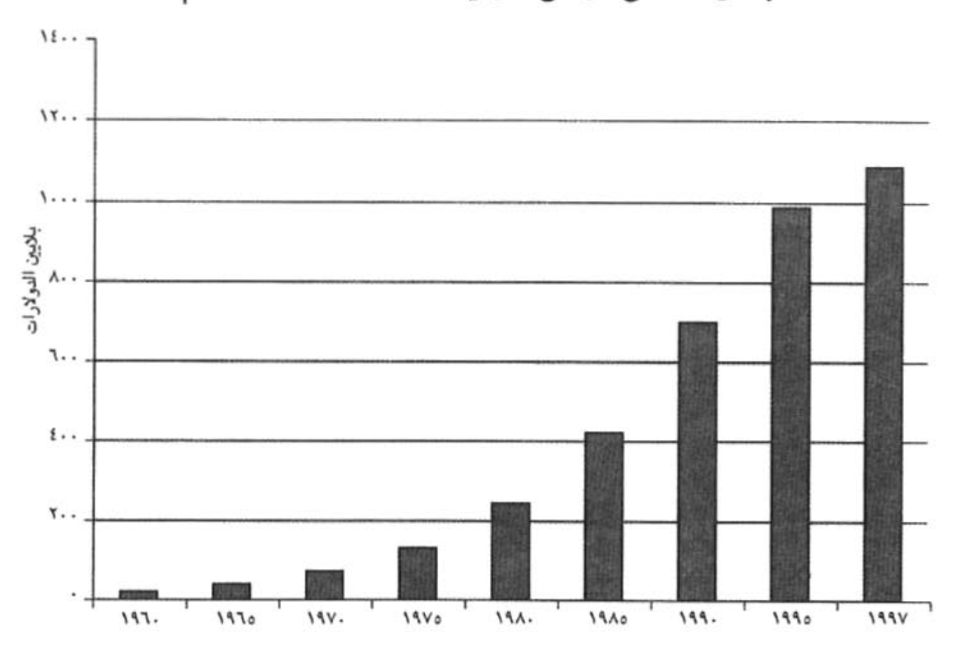
النظام الصحى فى الولايات المتحدة هو نظام ضخم وينمو بشكل سريع جداً كما هو موضح فى الشكل (٣–٧). بلغ مجموع الإنفاق الوطنى على الصحة فى الولايات المتحدة فى عام ١٩٩٧م أكثر من أربعة أضعاف ما كان عليه فى عام ١٩٨٠م وحوالى أكثر من ٤٠ ضعف ما كان عليه فى عام ١٩٦٠م. ومن السذاجة النظر للروابط المشتركة المحتملة بين الصحة العامة والنظام الصحى بدون فهم المضمون الذى تعمل فيه تلك الروابط – القطاع الصحى فى أمريكا الحديثة. فى مطلع القرن، كان النمو الاقتصادى وفرص العمل فى الولايات المتحدة تتسم بالقوة بعد حوالى عشرين عاماً من الرخاء وتحسين الإنتاجية. ولقد نما القطاع الصحى ليحتل مركزاً مؤثراً فى الاقتصاد الكلى للولايات المتحدة. وبحلول عام ٢٠٠٠م أنتج القطاع الصحى ما قيمته ١,٢٥ ترليون دولار من السلع والخدمات (حوالى ٤,٠٠٠ دولار أمريكى للفرد) ممثلاً بذلك حوالى سبع مجموع الإنتاج القومى الكلى ((gross domestic product (GDP))[1]. ويرصد شكل (٣–٨) نمو الإنفاق الصحى كنسبة من مجموع الإنتاج القومى الكلى.

تنفق الولايات المتحدة نسبة كبيرة من مجموع إنتاجها القومى الكلى (GDP) على الخدمات الصحية متفوقة بذلك على جميع الدول الصناعية الأخرى. وتشكل نسب الإنفاق

الصحى فى المملكة المتحدة واليابان حوالى نصف نسبة الولايات المتحدة (١٣,٥٪). وتنفق الولايات المتحدة على الصحة حوالى ٢٠٪ أكثر مما تنفقه ألمانيا و٥٠٪ أكثر مما تنفقه كندا. ويشير الإنفاق لكل فرد إلى نفس النمط حيث يتم إنفاق حوالى ٤,٠٠٠ دولار أمريكى للفرد فى الولايات المتحدة مقارنة بحوالى ٢,٥٠٠ دولار أمريكى فى ألمانيا و٢,١٠٠ دولار أمريكى فى كندا و١,٥٠٠-١,٦٠٠ دولار أمريكى فى اليابان والمملكة المتحدة[1]. وهناك ثلاثة عوامل ترى أن حجم هذا الإنفاق يعتبر كبيراً جداً وأن النظام الحالى وصل إلى نقطة أصبح عندها لا يمكن تحمله من الناحية المادية وأن سكان الولايات المتحدة لا يتمتعون بصحة تفوق نظراءهم فى الدول التى تنفق على الصحة موارد أقل بكثير مما تنفقه الولايات المتحدة. وأن تكاليف الفرص الضائعة أو البدائل الأخرى التى يمكن أن ينفق عليها ما ينفق فى النظام الصحى الحالى تعتبر باهظة.

شكل (٣-٧)

الإنفاق الصحى الوطنى، الولايات المتحدة، ١٩٦٠-١٩٩٧م

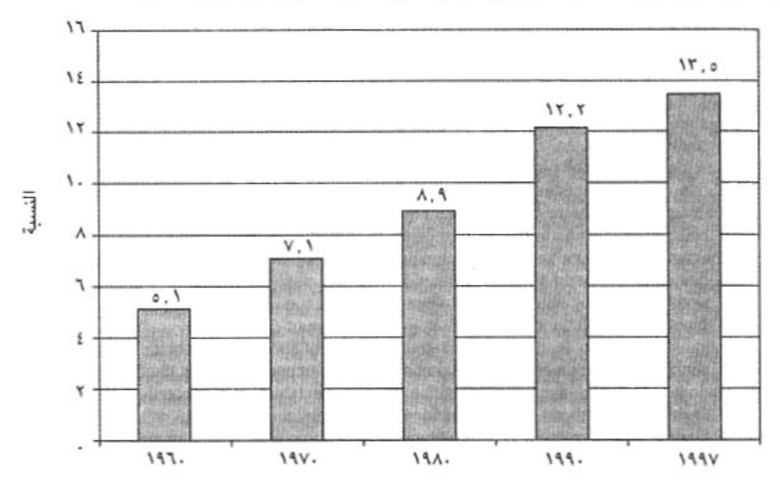


المصدر بتصرف من:

Health United States 1999, National Center for Health Care Statistics, Public Health Service, 1999.

شكل (٣-٨)

نسبة الإنفاق من الدخل القومى الإجمالى على أغراض مرتبطة بالصحة، ١٩٦٠-١٩٩٧م



المصدر بتصرف من:

Health United States 1999, National Center for Health Care Statistics, Public Health Service, 1999.

هناك ثلاثة مصادر عامة لما يقدر بأكثر من ترليون دولار أمريكى من النفقات: حوالى ثلث التكاليف (٣٤٪) تدفع مباشرة من قبل الأسر. ويدفع الربع تقريباً (٢٦٪) من قطاع الأعمال وحوالى ٣٨٪ تدفع من قبل الحكومة على المستويات المحلية ومستوى الولاية والمستوى الفيدرالى[١]. ولقد تضررت ميزانيات المصادر الثلاثة كثيراً من جراء الزيادة المتسارعة فى تكاليف الخدمات الصحية ووصل كل مصدر من المصادر الثلاثة إلى مرحلة ربما لا يستطيع بعدها أن يتحمل مادياً أى زيادات أخرى. وتظل الحكومة الاتحادية المشترى الأكبر لخدمات الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة، ويوفر الفصل الرابع من هذا الكتاب معلومات إضافية حول الإنفاق المرتبط بالصحة للمستويات الحكومية الأخرى المتعددة فى الولايات المتحدة.

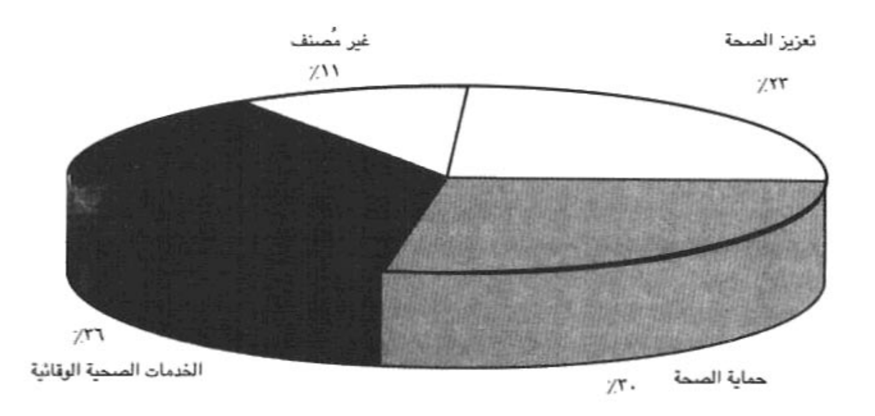
تتوافر معلومات محدودة عن الإنفاق الموجه للخدمات الوقائية والخدمات المقدمة فى التجمعات السكانية. وقدرت دراسة أجريت باستخدام بيانات ترجع إلى عام ١٩٨٨م أن مجموع الإنفاق الوطنى على جميع الأساليب الوقائية المرتبطة بالصحة (وتشمل الخدمات الإكلينيكية الوقائية الموفرة للأفراد وبرامج الصحة العامة المقدمة للتجمعات السكانية مشتملة على حماية البيئة) بلغ ٣٣ بليون دولار أمريكى[٩]. والغرض هنا هو تضمين

جميع الأنشطة الموجهة لتعزيز الصحة والحماية الصحية والكشف عن الأمراض والاستشارات. ولهذا فإن مبلغ الـ ٣٣ بليون دولار أمريكى هو تقدير تقريبى للإنفاق على جهود الوقاية الأولية والثانوية. وقد تم إنفاق ١٤ بليون دولار أمريكى من هذا المجموع على أنشطة لا تدخل فى حساب الإنفاق الوطنى على الصحة (مثل أنظمة الصرف الصحى وتعقيم المياه وسلامة النقل الجوى). ويمثل مبلغ الـ ١٨ بليون دولار أمريكى المتبقى من نفقات الوقاية المرتبطة بالصحة لتلك السنة ٣,٤٪ فقط من جميع الإنفاق الوطنى على الصحة.

وجاءت حوالى نصف (٤٨٪) موارد الوقاية المرتبطة بالصحة من الحكومة الفيدرالية وشكلت النفقات على الخدمات الإكلينيكية الوقائية ما نسبته ٣١٪ دفعت فى الغالب من قبل الأفراد[٩]. وكما هو موضح فى شكل (٣-٩)، تعتبر الخدمات الصحية الوقائية أكبر تصنيف للنفقات الوقائية المرتبطة بالصحة (٣٦٪) على الرغم من أن كلاً من خدمات الحماية الصحية وخدمات تعزيز الصحة شكل حوالى ربع النفقات الوقائية المرتبطة بالصحة. ولا يمكن بصورة مباشرة تحديد نصيب تلك النفقات والتى تمثل الخدمات المقدمة للتجمعات السكانية من خلال هذه الدراسة. ولكن يبدو أن الخدمات المقدمة للتجمعات السكانية شكلت ٦-٧ بلايين دولار أمريكى بالنظر إلى سيطرة خدمات الحماية الصحية وخدمات تعزيز الصحة.

شكل (٣-٩)

النفقات على الوقاية المرتبطة بالصحة حسب نوع البرامج والخدمات، الولايات المتحدة، ١٩٨٨م



المصدر أعيد طباعته من:

R.E. Brown, et al., National Expenditures for Health Promotion and Disease Prevention Activities in the United States, National Technology Assessment and Policy Research Center for Disease Control and Prevention, 1991, Washington, DC.

قام المسؤولون الاتحاديون بعمل أول تقدير للإنفاق الصحى الوطنى على الخدمات المقدمة للتجمعات السكانية كجزء من مشروع إعداد مقترح لإعادة هيكلة نظام الصحة الوطنى فى عام ١٩٩٤م[١٠]. وبناء على النفقات لعام ١٩٩٢م خلصت هذه الدراسة إلى أن أقل من ١٪ من مجموع الإنفاق الصحى الوطنى (٨,٤ بليون دولار أمريكى) قد خصصت لبرامج الخدمات المقدمة للتجمعات السكانية. ونظراً لأن الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية الشخصية يشهد زيادة مطردة أكبر من الإنفاق على الخدمات المقدمة للتجمعات السكانية فقد إنخفضت نسبة جميع النفقات المتعلقة بالخدمات المقدمة للتجمعات السكانية من ١,٢٪ فى عام ١٩٨٠م إلى ٠,٩٪ فى السنوات العشر اللاحقة (جدول ٣-٤). ولقد أنفقت المؤسسات التابعة لمصلحة الصحة العامة الأمريكية (U.S. Public Health Service) ٤,٣ بليون دولار أمريكى على الخدمات المقدمة للتجمعات السكانية فى عام ١٩٩٣م وأنفقت مؤسسات الصحة المحلية ومؤسسات الصحة فى الولايات ٤,١ بليون دولار أمريكى أخرى. وفى نفس العام أنفقت المؤسسات التابعة لمصلحة الصحة العامة ما مجموعه ٨ بلايين دولار أمريكى على كل من الخدمات المقدمة للتجمعات السكانية والخدمات الإكلينيكية الوقائية. وتستدعى تقديرات مصلحة الصحة العامة للموارد المطلوبة لمستويات من الخدمات المقدمة للفئات السكانية محددة على أنها "ضرورية" إلى مضاعفة مستويات الإنفاق لعام ١٩٩٣م. كما يتطلب الأمر ثلاثة أضعاف مستويات الإنفاق لعام ١٩٩٣م لتحقيق مستوى "متكامل الفعالية". وعلى الرغم من أن الأمر يتطلب تغييراً طفيفًا فى إستراتيجيات تخصيص الموارد ضمن مشروع التريليون دولار، إلا أن احتمالية زيادة الموارد للخدمات المقدمة للتجمعات السكانية تعتبر ضئيلة. ويلقى الفصلان الرابع والسادس من الكتاب المزيد من الضوء على الإنفاق من قبل مؤسسات الصحة العامة على أغراض الصحة العامة.

وتروى هذه الاتجاهات فى الاقتصاد الكلى مجرد جزء من القصة. حيث لايزال التفاوت بين الأغنياء والفقراء فى الولايات المتحدة يتزايد مخلفًا عدداً مرتفعًا من الأمريكيين من دون القدرة المالية اللازمة للحصول على العديد من خدمات الرعاية الصحية. هذه وغيرها من الجوانب المهمة سوف تكون موضوع النقاش ونحن نراجع الطلب على موارد النظام الصحى للولايات المتحدة.

جدول (٣-٤)
المصروفات* على خدمات الصحة العامة المقدمة للتجمعات السكانية حسب مصدر الموارد المالية، سنوات مختارة ١٩٨١-١٩٩٣م

المصدر	النفقات بالبلايين					
مصروفات مؤسسات مصلحة الصحة العامة (مستثنى منها المنح الاتحادية لإدارات الصحة)	١٩٨١	١٩٨٥	١٩٨٩	١٩٩٣	«ضرورى»	«متكامل الفعالية»
مصروفات إدارات الصحة على مستوى الولاية والمستوى المحلى	$١,٤	$١,٣	$١,٩	$٣,٠	$٥,٤	$٨,٥
-المنح الاتحادية لإدارات الصحة †	$٠,٤	$٠,٥	$٠,٧	††$١,٣	$٥,٩	$١٢,٤
- الموارد المالية على مستوى الولاية	$١,١	$١,٦	$٢,٢	††$٢,٥		
-الموارد المالية على المستوى المحلى	$٠,٦	$٠,٧	$٠,٩	††$١,٦	$٤,١	$٤,١
المجموع	**$٣,٥**	**$٤,١**	**$٥,٧**	**$٨,٤**	**$١٠,٤**	**$٢٥,٠**
نسبة مصروفات الخدمات المقدمة للتجمعات السكانية إلى مجموع الإنفاق الوطنى على الصحة	٪١,٢	٪١,٠	٪٠,٩	٪٠,٩	٪١,٧	٪٢,٧

* تم استثناء المصروفات على الخدمات المقدمة للأفراد. بالنسبة لإدارات الصحة فى الولايات والمحليات، بلغ مجموع النفقات المستثناة ٥٨,٦٪ من مجموع النفقات.

† غير مشتملة على برنامج التغذية التكميلى الخاص بالنساء والرضع والأطفال (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC)).

†† مقدرة بناء على تقارير عن الأرقام الأولية.

المصدر أعيد طباعته من:

Health Care Reform and Public Health: A Paper Based on Population-Based Core Functions, 1993, The Core Functions Project, U.S. Public Health Service, Office of Disease Prevention and Health Promotion, Washington, DC.

الاتجاهات السكانية واستخدام الخدمات الصحية:

هناك العديد من الاتجاهات السكانية المهمة التى تؤثر على نظام الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة. وتشتمل هذه الاتجاهات على بطء معدل النمو السكانى والتحول السكانى إلى فئات كبار السن والتنوع المتزايد فى السكان والتغيرات فى تركيبة الأسرة وعدم قدرة عدد كبير من الأمريكيين على الحصول على الخدمات الصحية الضرورية. كما يعتبر الأثر المتزايد للإصابات بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV) وغيرها من الزيادات

المماثلة فى معدل الانتشار النسبى لأمراض محددة من الظواهر السكانية الأخرى ولكن لن يتم مناقشتها هنا.

وتوثق الدراسات المبنية على إحصاءات السكان أن النمو السكانى فى الولايات المتحدة يتسم بالبطء ومن المتوقع أن يؤدى هذا الاتجاه إلى الحد من النمو المستقبلى فى الطلب على خدمات الرعاية الصحية. ولكن يجب النظر إلى هذا الاتجاه من خلال التغيرات المتوقعة فى التوزيع العمرى لسكان الولايات المتحدة. بين عامى ١٩٩٠م و٢٠٢٥م سوف تكون الفئات العمرية الكبيرة قد شهدت زيادات كبيرة (تقريباً الضعف) فى حين تكون الفئات العمرية الصغيرة قد شهدت نمواً ضئيلاً إذا كان هناك نمو فى الأصل.

بصفة عامة يرتبط استخدام خدمات الرعاية الصحية على نحو وثيق بالتوزيع العمرى للسكان. فعلى سبيل المثال يزور البالغون ممن تصل أعمارهم إلى ٧٥ سنة أو أكبر الأطباء ٣-٤ أضعاف عدد الزيارات التى يقوم بها الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ١٧ سنة. ولأن كبار السن يستخدمون خدمات الرعاية الصحية أكثر مما تستخدمه الفئات السكانية الأصغر سناً فإن نفقاتهم تكون أعلى. إضافة إلى أن نسبة مجموع مصروفاتهم السنوية المخصصة للرعاية الصحية تكون أعلى. ومن الأسباب الواضحة للاستخدام المرتفع للموارد من قبل كبار السن هو ارتفاع معدلات انتشار الأمراض المزمنة مثل تصلب الشرايين وأمراض الأوعية الدماغية والسكرى والخرف والتهاب المفاصل والأمراض العقلية. وكلما زاد عمر السكان فإنه من المتوقع أن تزداد معدلات الأمراض المزمنة وتكاليف العلاج المرتبطة بتلك الأمراض. ومن الممكن تحجيم تلك التكاليف عن طريق الوقاية التى إما أنها تجنب أو تؤجل الإصابة بتلك الأمراض المزمنة. وعلى الرغم من ذلك فإن هذه التحولات السكانية المهمة تنذر باستخدام أكبر لخدمات الرعاية الصحية فى المستقبل من قبل كل من الذكور والإناث مع ارتفاع طفيف فى الاستخدام الكلى بالنسبة للذكور. ويرجع السبب الأكبر فى ذلك إلى التحولات فى أنماط التوزيع العمرى المشار إليه سابقًا حيث إن الإناث يستخدمن خدمات صحية أكثر من الذكور خلال المستويات السنية الأصغر.

ومن الاتجاهات السكانية المهمة هى التنوع المتزايد فى السكان. حيث ينمو السكان غير البيض بمعدل أسرع بثلاثة أضعاف من السكان البيض. وينمو السكان من ذوى الأصول اللاتينية (Hispanic) بمعدل خمسة أضعاف النمو الذى يشهده المجموع الكلى لسكان الولايات المتحدة. بين عامى ١٩٨٠م و١٩٩٧م ارتفعت معدلات المواليد لكل من

الأمهات البيض والسود بمقدار ٥-٦٪ فقط. فى حين ارتفع معدل المواليد لذوى الأصول اللاتينية بأكثر من ١٣٠٪ خلال نفس الفترة. وتعنى هذه الاتجاهات أن نسبة ذوى الأصول اللاتينية من مجموع الأفراد الحاصلين على خدمات نظام الرعاية الصحية سوف تزداد. وسوف تؤثر هذه التغيرات بشكل غير متكافئ على الفئات العمرية الصغيرة مقترحة بأن الخدمات للأمهات والأطفال سوف تواجه تحديات كبيرة فى قدرتها على توفير خدمات مقبولة وتراعى الفوارق الثقافية. وفى نفس الوقت سوف يزيد جيل ما بعد الحرب العالمية الثانية (baby boom generation) المتسارع النمو والأقل تفاوتًا من قدرته على التأثير على قرارات السياسة العامة وتخصيص الموارد فى القرن القادم.

وتمثل التغيرات فى تركيبة الأسرة أيضًا اتجاهًا مهمًا فى الولايات المتحدة. تبلغ احتمالية بلوغ زوجين لعيد زواجهما الخامس والعشرين نسبة ٥٠٪ فقط. كما أن واحداً من كل ثلاثة أطفال يقضون جزءًا من حياتهم فى أسرة ذات عائل واحد (one-parent household)، وبالنسبة للأطفال السود فإن النسبة تزيد لتبلغ اثنين من كل ثلاثة أطفال. وزاد إسهام النساء فى القوى العاملة بأكثر من الضعف من أقل من ٢٥٪ فى عام ١٩٥٠م إلى ٥٤٪ بحلول عام ١٩٨٥م. ومن الشواهد الأكثر وضوحًا على التغيرات فى سوق العمل حسب الجنس أن نسبة النساء المتزوجات المشاركات فى القوى العاملة ولديهن أطفال دون سن الخامسة ارتفعت من ٤٤٪ فى عام ١٩٧٥م إلى ٦٨٪ فى عام ١٩٨٧م. ولقد استطاعت أسرٌ أمريكية عديدة أن تحافظ على منزلتها الاقتصادية عبر العشرين سنة الماضية من خلال الدخل الثانى التى تحصل عليه النساء من مشاركتهن فى القوى العاملة. وبتغير طبيعة الأسر تغيرت حاجات تلك الأسر فى الحصول على الخدمات و توافرها وحتى فى نوعها (مثل تعاطى المخدرات والعنف العائلى وخدمات الرعاية الاجتماعية للأطفال).

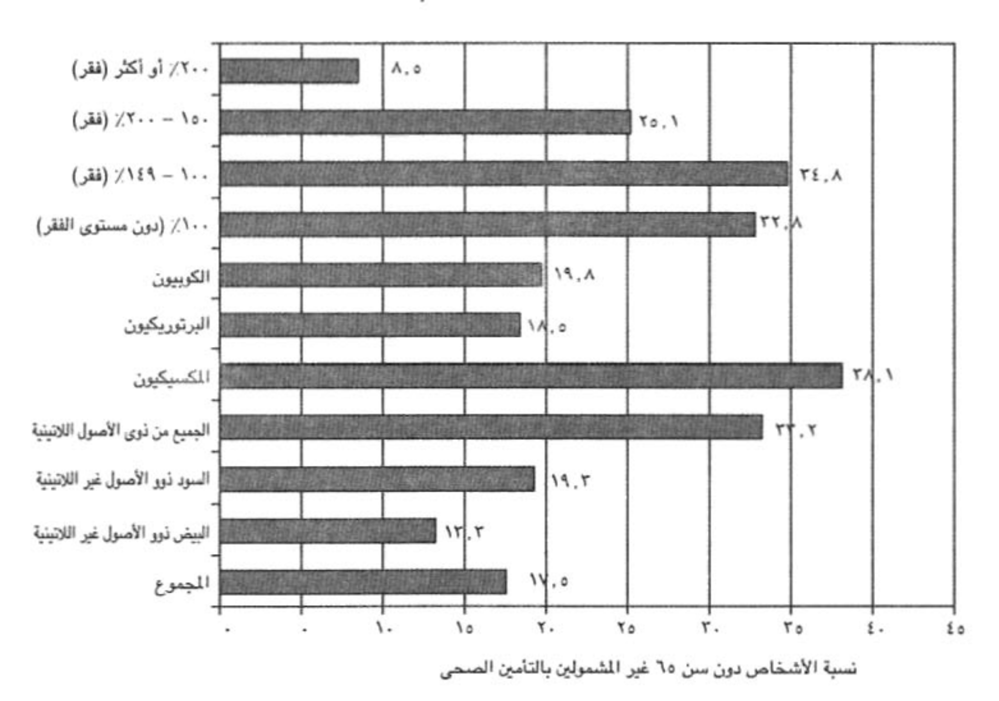
ويمتزج مع العديد من هذه الاتجاهات مسألة عدم المساواة المستعصية فى الحصول على الخدمات بالنسبة لذوى الدخول المنخفضة والتى تشمل السود وذوى الأصول اللاتينية. فعلى سبيل المثال، وعلى الرغم من المعدلات المرتفعة لمن أفادوا بأن حالتهم الصحية مقبولة أو سيئة ومن الاستخدام المرتفع لخدمات التنويم فى المستشفيات، إلا أن الأفراد من ذوى الدخول المنخفضة يزيدون بنسبة ٥٠٪ فى احتمالية الإفادة بعدم زيارة الطبيب خلال العامين الماضيين عن الأفراد الذين يعيشون فى أسر ذات دخول مرتفعة. كما أن معدلات الانتفاع بخدمات رعاية ما قبل الولادة وتحصينات الطفولة هى أيضًا أقل لدى الفئات ذات الدخول المنخفضة.

وعلى الرغم من أن الولايات المتحدة تنفق على الخدمات الصحية بشكل يفوق الدول المتقدمة الأخرى إلا أنها تتقدم غيرها من الدول الصناعية الأخرى بفرق شاسع فى معدل مواطنيها الذين ليس لديهم تأمين صحى. وقد أشارت بيانات مستمدة من الإحصاء السكانى لعام ١٩٩٨م بأن عدد الذين لا يتمتعون بتأمين صحى قد بلغ ٤٤,٣ مليون أمريكي وأن هذا العدد فى ارتفاع. كما أن تغطية التأمين الصحى للسكان قد استمرت فى الانخفاض منذ عام ١٩٨٠م لجميع الفئات العمرية ماعدا من هم دون سن الخامسة والذين تحسن مستوى حصولهم على الخدمات الصحية بسب التغيرات التى طرأت على أهلية الحصول على خدمات نظام تمويل الرعاية الصحية للمعوزين (Medicaid). كما ارتفعت النسبة المعدلة حسب العمر للأشخاص غير المشمولين بالتأمين الصحى من ١٤٪ فى عام ١٩٨٤م إلى ١٧٪ فى عام ١٩٩٧م. كما كانت فئة البالغين بين ١٨-٤٤ سنة أكثر الفئات العمرية عرضة لعدم وجود التأمين الصحى وبلغت نسبة غير المؤمن عليهم صحيًا فى هذه الفئة ٢٢ ٪ فى عام ١٩٩٧م ويمثل ذلك ارتفاعًا عن نسبة الـ ١٧٪ التى كانت عليه فى عام ١٩٨٤م[١].

وتزيد احتمالية أن يكون السود غير مؤمن عليهم صحيًا بنسبة ٢٥٪ أكثر من البيض كما بلغت احتمالية أن يكون ذوو الأصول اللاتينية غير مؤمن عليهم الضعف مقارنة بالبيض فى عام ١٩٩٧م. وبلغت احتمالية أن يكون الأفراد الذين ينتمون إلى أسر تعيش عند حد ١٥٠٪ أو أقل من مستوى الفقر حوالى أربعة أضعافها لدى الأفراد الذين ينتمون إلى أسر تعيش عند حد ٢٠٠٪ أو كثر من مستوى الفقر (شكل ٣-١٠). ورغم ذلك، فإن حوالى ثلثى مجموع الأفراد غير المؤمن عليهم صحيًا ممن هم دون سن الخامسة والستين والبالغ ٤١ مليون نسمة هم من فئة ١٥-٤٤ سنة، وثلاثة أرباع المجموع هم من البيض وينتمى الثلث إلى أسر يبلغ دخلها ٢٥,٠٠٠ دولار أمريكي أو أكثر. وربما تؤثر مشكلة عدم توافر التأمين الصحى بشكل غير متكافئ على أفراد الأقليات ذوى الدخول المنخفضة إلا أن تفاقمها فى السنوات الأخيرة أصبح يؤثر على الأفراد فى جميع الفئات السكانية. حوالى ثلثى الأفراد غير المؤمن عليهم صحيًا فى الولايات المتحدة هم إما موظفون أو تابعون لموظف من أفراد الأسرة. ويعتبر الحصول على الخدمات الصحية واحداً من المؤشرات الرئيسية العشرة للحالة الصحية فى الولايات. ويوضح الشكل (٣-١١) الأهداف الموضوعة للأمة كجزء من مبادرة الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠م.

شكل (٣-١٠)

الأفراد ممن هم دون سن ٦٥ غير المؤمن عليهم صحيًا حسب خصائص مختارة، الولايات المتحدة، ١٩٩٧م

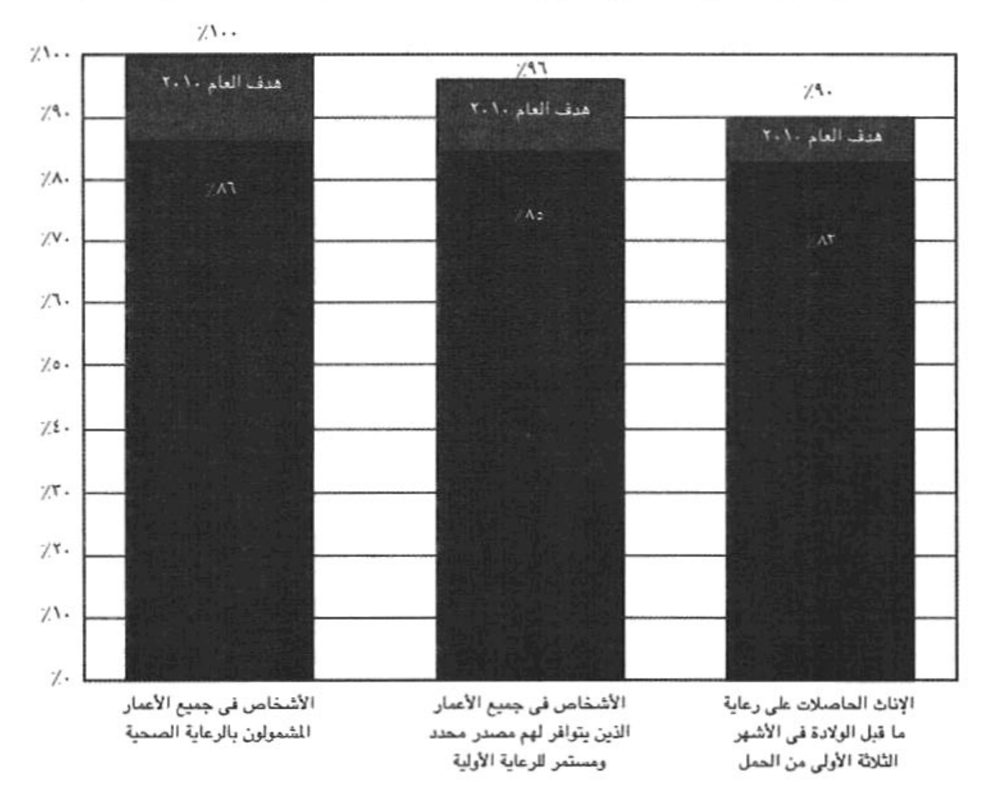


المصدر بتصرف من:

Health United States 1999, National Center for Health Care Statistics, Public Health Service, 1999.

شكل (٣-١١)

الحصول على الرعاية الصحية، الولايات المتحدة، ١٩٩٧م، وأهداف العام ٢٠١٠م



المصدر أعيد طباعته من:

Healthy people 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

موارد الرعاية الصحية:

يعتبر توفير موارد الرعاية الصحية أحد الأبعاد الرئيسية لنظام الرعاية الصحية. خلال ربع القرن الماضى، زاد عدد الأطباء الأمريكيين الذين هم على رأس المهنة بأكثر من الثلثين وبزيادات أكبر فى أعداد الأطباء من النساء والأطباء المتخرجين من كليات خارج الولايات المتحدة. كما أن تركيبة التخصصات الطبية لفئة الأطباء قد تغيرت أيضًا خلال نفس الفترة كنتيجة للعديد من العوامل، منها تغير الفرص الوظيفية والتقدم فى التكنولوجيا

الطبية وتوافر وظائف الزمالة الطبية. ويفي بالغرض القول بأن تخصصات الطب والجراحة الفرعية قد نمت بسرعة أكبر من تخصصات الرعاية الأولية. وتشير التقديرات الحديثة إلى أن بداية القرن الحادى والعشرين سوف تشهد فائضًا كبيرًا فى عدد الأطباء وخاصة أولئك المدربين فى التخصصات الجراحية والطبية.

كما شهدت أنماط تقديم الرعاية الصحية أيضًا تغيرات جذرية فى السنوات الأخيرة. فعلى سبيل المثال، تغيرت الموارد المتوافرة فى المستشفى بشكل مذهل. ومنذ منتصف السبعينيات الميلادية انخفض عدد المستشفيات العامة كما انخفضت أيضًا أعداد حالات دخول المستشفى وعدد أيام الرعاية الطبية ومتوسط أشغال الأسرة ومعدل الإقامة فى المستشفى. وفى المقابل استمر عدد موظفى المستشفى لكل ١٠٠ مريض يومى فى المتوسط فى الزيادة. كما استمر عدد الزيارات لأقسام المستشفى الخارجية فى الارتفاع منذ منتصف السبعينيات الميلادية.

ويعد النمو فى عدد ونوع أنظمة تقديم الرعاية الصحية فى السنوات الأخيرة انعكاسًا آخر لبيئة الرعاية الصحية سريعة التغير. وقد أدت زيادة المنافسة إضافة إلى مبادرات خفض تكاليف الرعاية الصحية إلى نشوء العيادات الطبية الجماعية (group medical practices) ومنظمات صيانة الصحة (health maintenance organizations (HMOs) ومنظمات مقدم الرعاية المفضل (preferred provider organizations (PPOs)) ومراكز الجراحة الخارجية (ambulatory surgery centers) ومراكز الطوارئ (emergency centers) وتعتبر إستراتيجيات وأساليب الرعاية الصحية الاقتصادية (managed care) عاملاً مشتركًا بين العديد من أنظمة تقديم الرعاية الصحية منذ بداية التسعينيات الميلادية والتى تسعى للسيطرة على استخدام الخدمات (utilization of services). وتعتبر الرعاية الاقتصادية بمنزلة نظام للتحكم الإدارى يهدف إلى خفض التكاليف من خلال إدارة استخدام الخدمات. وتشمل عناصر إستراتيجيات الرعاية الاقتصادية بصفة عامة على توليفة من الممارسات التالية:

- المشاركة فى الخطر مع مقدمى الرعاية لثنيهم عن تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية غير الضرورية ، إلى حد ما، وحثهم على اتباع الأساليب الوقائية.
- تصميم باقات (packages) من الخدمات حسب الحاجة تشمل أغلب الخدمات (ولكن ليس بالضرورة كل الخدمات)، وذلك لجذب مجموعات معينة. ويمكن أن تحتوى تلك

الباقات على أساليب للمشاركة فى تكلفة بعض الخدمات من خلال مبالغ قابلة للاقتطاع أو الحسم (deductibles) وأساليب المشاركة فى الدفع (copayments).

- إدارة الحالة (case management) وخاصة الحالات المرتفعة التكاليف للحث على البحث عن طرق علاجية أو أماكن علاجية أقل تكلفة.
- بواب الرعاية الصحية الأولية (primary care gatekeepers) والقائم بهذا الدور عادة هو طبيب الرعاية الأولية للمستفيد والذى يقوم بالإحالة إلى الأطباء المتخصصين.
- الرأى الثانى (second opinion) حول مدى حاجة المريض للإجراءات التشخيصية أو التوسعية الاختيارية باهظة التكاليف.
- مراجعة حالات التنويم فى المستشفى بصفة عامة وحالات الدخول عبر أقسام الطوارئ على وجه التحديد والتصريح بها.
- مراجعة الإقامة المستمرة للمرضى المنومين عند بلوغهم لعدد الأيام المتوقع للإقامة فى المستشفى عطفاً على حالاتهم المرضية (وفقاً لما هو محدد حسب المجموعات التشخيصية المترابطة (diagnostic related groupings).
- التخطيط لخروج المرضى من المستشفى بغرض تحويلهم إلى أماكن علاجية أقل تكلفة فى أسرع وقت ممكن.

ويتضمن هذا النمو والتوسع فى أنظمة تقديم الخدمات الصحية على مدلولات مهمة على تكلفة الخدمات الصحية والحصول عليها وجودتها. وهذه بدورها تؤثر بشكل حاسم على منظمات الصحة العامة وعلى برامج تلك المنظمات وخدماتها[٧]. بحلول عام ٢٠٠٠م، حصل أكثر من نصف سكان الولايات المتحدة على الخدمات الصحية عبر منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية (managed care organizations). وفى السنوات العشر القادمة سوف تستولى منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية على ٨٠-٩٠٪ من سوق الرعاية الصحية. كما كان لنمو الرعاية الصحية الاقتصادية تأثيرات مهمة على كل من خدمات مؤسسات الصحة العامة الحكومية المقدمة للتجمعات السكانية والخدمات الإكلينيكية المقدمة من قبل القطاع العام. ويستعرض ملحق (٣-أ) بعض من هذه المسائل الطارئة والمستقبلية الناتجة عن محاولة كل من الصحة العامة والرعاية الصحية الاقتصادية أن يتعايشوا معًا بسلام فى قطاع الصحة المتغير على نحو سريع جداً.

وقد تبع النمو السريع فى عدد منظمات صيانة الصحة خلال بداية ومنتصف الثمانينيات الميلادية بمرحلة من تباطؤ النمو والاندماج والاتحاد بين تلك المنظمات. وقد استأنف النمو السريع فى التسعينيات الميلادية وبحلول عام ١٩٩٧م أصبح ٣٠٪ تقريباً من سكان الولايات المتحدة (حوالى ٨٠ مليون أمريكى) مسجلين فى منظمات صيانة الصحة بعد أن كانت نسبة المسجلين فى تلك المنظمات فى عام ١٩٨٠م ٢٪ فقط. وهناك تفاوت ملحوظ بين المناطق فى نسبة السكان المسجلين فى منظمات صيانة الصحة وتتراوح هذه النسبة من ٤٠٪ تقريبًا فى الشمال الشرقى والغرب إلى ٢٠-٢٥٪ فى الوسط الغربى والجنوب من البلاد. وتختلف البنى التنظيمية لمنظمات صيانة الصحة أيضًا بوجود حوالى ٨٠٪ من المسجلين فى نموذج العيادات المستقلة (independent practice) والنموذج المختلط (mixed model) من منظمات صيانة الصحة. فى حين يندرج حوالى ٢٠٪ فقط من المسجلين فى تلك المنظمات تحت نموذج المجموعة (group model) من منظمات صيانة الصحة. وترجع الزيادة الحديثة فى عدد منظمات صيانة الصحة إلى حد كبير إلى الزيادة فى النموذج المختلط من منظمات صيانة الصحة والذى يشتمل على جوانب من كل من نموذج الفريق (staff model) ونموذج العيادات المستقلة (independent practice HMOs). وبصفة عامة يمكن القول إن تدابير السيطرة على التكاليف طبقت بفعالية من خلال نموذج المجموعة من منظمات صيانة الصحة.

تغير الأدوار والأفكار والنماذج فى النظام الصحى:

تتطلب المراجعة السطحية للقطاع الصحى استعراض المشاركين الأساسيين أو اللاعبين الرئيسيين فيه. وتشهد قائمة المساهمين فى القطاع الصحى توسعًا مستمراً كلما نما القطاع وتضم الآن الحكومة والقطاع الخاص والقائمين على دفع تكلفة التأمين الصحى (third-party payers) ومقدمى الرعاية الصحية وشركات الأدوية والمنظمات الممثلة لمصالح جماعات العاملين والمستهلكين للخدمات الصحية. ولقد نمت الحكومة الفيدرالية لتصبح المشترى الأكبر للرعاية الصحية، وبمشاركة القطاع الخاص حاولت أن تصبح ممولاً أكثر اقتصاداً عن طريق فرض تحكم أكبر على مدفوعاتها للخدمات. وتسعى الحكومة إلى خفض التكاليف المرتفعة بواسطة تغيير الأداء الاقتصادى للقطاع الصحى من خلال خلق منافسة أكبر فى سوق الرعاية الصحية. ومع ذلك لاتزال المشكلات المالية على جميع المستويات تقف بشكل متزايد حائلاً بين الحكومة وبين رغبتها فى القيام بمسئوليتها

فى توفير خدمات الرعاية الصحية للفقراء والمحرومين وكبار السن. وعبر السنوات الحديثة، دفعت عوامل مثل التكنولوجيا الطبية الجديدة الباهظة التكاليف والتضخم والزيادة غير المتوقعة فى استهلاك الخدمات الصحية القائمين على دفع تكلفة التأمين الصحى بأن ينفقوا على الرعاية الصحية أكثر مما توقعوا عندما تم تحديد قسط التأمين. ونتيجة لذلك، انضم القائمون على دفع تكلفة التأمين الصحى إلى الحكومة فى جهودها الحثيثة لاحتواء تكاليف الرعاية الصحية. كما تسعى العديد من شركات التأمين التجارية للبحث عن أساليب للتنبؤ باستخدام الخدمات الصحية بشكل أكثر دقة والسيطرة على المدفوعات من خلال إستراتيجيات الرعاية الصحية الإقتصادية. كما يسعى كل من القطاع الخاص ومنظمات المصالح الممثلة لجماعات العاملين والمرضى والمستشفيات والمنظمات المهنية لخفض التكاليف مع الحفاظ على إمكانية الحصول على الخدمات الصحية.

كما تبحث جهود خفض العجز الوطنى وموازنة الميزانية الفيدرالية بشكل جزئى عن مقترحات يمكن أن تحد من التكاليف المتعلقة بكل من قانون الرعاية الخاص بالمسنين وقانون الرعاية الخاص بالمعوزين (Medicare and Medicaid) وغيرها من البرامج الصحية التى تقع تحت تصرف الحكومة الفيدرالية. وباستثناء قانون الرعاية الخاص بالمسنين (Medicare)، فإنه من المحتمل أن تكون تلك التوصيات مرغوباً فيها سياسياً على الرغم من الفهم القاصر للميزانية الفيدرالية لدى العامة. فعلى سبيل المثال، وجد استطلاع للرأى أجرى فى عام ١٩٩٤م[١١] بأن الأمريكيين يعتقدون بأن تكاليف الرعاية الصحية تشكل ٥٪ من الميزانية الفيدرالية على الرغم من أن تلك التكاليف قد شكلت فى الواقع ١٦٪. وفى نفس الوقت يعتقد الأمريكيون أن المساعدات الخارجية والبرامج الاجتماعية قد شكلا نسبة ٢٧٪ و١٩٪ على التوالى من الميزانية الفيدرالية والحقيقة أنهما شكلا نسبة ٢٪ و٣٪ فقط على التوالى. وعندما يحين الوقت لموازنة الميزانية الفيدرالية وخفض العجز الوطنى سيواجه عامة الأمريكيين خيارات صعبة حول ماهية البرامج التى من الممكن خفضها. وفى هذا الوصف، ربما لن يكون النجاح حليف لبرامج الصحة العامة، والتى غالباً ما تكون من ضمن الإنفاق الواقع تحت تصرف الحكومة الاتحادية.

وفى محاولة أولئك المساهمين للبحث عن أساليب لخفض التكاليف وازدياد حدة المنافسة سوف تصبح الجهود الرامية للمحافظة على الجودة أكثر أهمية من ذى قبل. وسوف يتركز الجدل الدائر بين عامة الناس حول كيفية تعريف وقياس الجودة. وعلى

الرغم من صعوبة قياس جودة الرعاية الطبية فإنه من المرجح أن أنظمة قياس الجودة سوف تزداد بشكل مكثف. كما سوف يتأثر الحوار والجدل الدائر بين المساهمين الرئيسيين فى النظام الصحى بالتوتر القائم بين احتواء التكاليف والقوانين والاعتماد المتبادل بين الحصول على الخدمة والجودة والتكاليف والدعوة إلى مسئولية أكبر والقبول البطيء ولكن المستمر بالحاجة إلى إعادة هيكلة النظام الصحى.

وعلى نحو شبه مؤكد، سوف تصبح قضايا السياسة الصحية وعلى نحو متزايد مسيسة أو خاضعة للأمور السياسية. كما أن الجدل حول مسائل الرعاية الصحية سوف يستمر فى تجاوزه لحدود مجتمع الرعاية الصحية. ولن تظل العديد من قضايا السياسة الصحية تحدد من خلال العلم الراسخ والاعتبارات المبنية على التجارب السابقة ولكن بناء على عوامل سياسية. كما أن التغيرات فى القطاع الصحى ربما تقود إلى انقسامات وتحالفات غير متوقعة حول قضايا السياسة الصحية. ومن المرجح أن تستمر حدة المنافسة الاقتصادية فى القطاع الصحى فى التزايد بسبب ارتفاع العرض فى أعداد العاملين فى حقل الرعاية الصحية وبسبب التغيرات فى أنماط تمويل الرعاية الصحية. ومن المتوقع أن ينتج عن زيادة المنافسة إعادة تنظيم القوى بين اللاعبين الأساسيين فى قطاع الرعاية الصحية وغالباً ما سيكون هذا معتمداً على القضية موضوع النقاش.

ولم يمنع الفشل على مستوى السياسة الوطنية فى إصلاح النظام الصحى فى عام ١٩٩٤م من إجراء تحسينات مهمة على المكونات العامة أو الخاصة للقطاع الصحى. وبوجود تغيرات فى سياسات الصحة الوطنية أو بدونها فإن النظام الصحى فى الولايات المتحدة يعيد تشكيل نفسه بشكل واضح. ومع استمرار كل من التكاليف والحصول على الخدمات الصحية كمشكلتين توءمين خطيرتين للنظام فإن وجود أساليب ونماذج جديدة هما أمران مطلوبان ومتوقعان فى آنٍ واحد. وقد تحركت الحكومات على المستوى الفيدرالى ومستوى الولاية للسيطرة على تكاليف خدمات قانون الرعاية الخاص بالمعوزين (بشكل رئيسى من خلال محاولات لتسجيل الفئات غير العاجزة التى يشملها القانون (النساء والأطفال على وجه الخصوص) فى برامج الرعاية الصحية الاقتصادية التى يتم فيها دفع مبلغ مقطوع عن كل شخص بغض النظر عن حجم استهلاك ذلك الفرد للخدمات الصحية (capitated managed care programs). ويطرح التحول السريع لخدمات قانون الرعاية الخاص بالمعوزين إلى عمليات الرعاية الصحية الاقتصادية والنمو فى عدد منظمات الرعاية الاقتصادية الخاصة قضايا جديدة على توفير الخدمات الإكلينيكية الوقائية

وخدمات الصحة العامة[٧]. وعلى الرغم أنه من المتوقع أن هذه التغيرات سوف تؤدى إلى خدمات إكلينيكية وقائية وعلاجية أقل مقدمة من خلال مؤسسات الصحة العامة إلا أن كلاً من نطاق وحجم تلك التحولات يظلان غير واضحين. ويناقش ملحق (٣-أ) هذه القضايا بشكل أكثر تعمقًا.

وفى أى حالة، تبدو إستراتيجية الاستثمار الأساسية للنظام الصحى للولايات المتحدة ثابتة مع تخصيص ٩٧٪ من الموارد المتاحة للخدمات العلاجية و٢٪ تقريبًا للخدمات الإكلينيكية الوقائية و١٪ لخدمات الصحة العامة المقدمة فى التجمعات السكانية. وفى ظل عدم وجود حد أدنى لاستثمارات إضافية فى أساليب الوقاية والصحة العامة، فإن احتمالية السيطرة على التكاليف فى النظام الصحى الأمريكى على المدى الطويل تبدو ضئيلة جداً. وفى الوقت نفسه يبقى حوالى ٤٠-٤٥ مليون أمريكى خارج النظام وسوف يستمرون فى تحمل تكاليف زائدة عندما يحصلون على الخدمات الصحية الضرورية بشكل غير مناسب. والشىء غير الواضح هو الكيفية التى سوف يتم بها إحداث إصلاح حقيقى من دون إعادة تشكيل النظامين الفرعيين لكل من الرعاية الطبية والصحة العامة.

وعلى الرغم من أن التقدم فى هذا الشأن يسير ببطء مؤلم، إلا أن هناك شواهد تشير إلى أن تحولاً فى النموذج قد بدأ فى العمل. وتشير هيئة المهن الصحية المنبثقة عن مؤسسة بيو الوقفية (the Pew Health Professions Commission) أن نظام الرعاية الصحية الأمريكى للقرن الحادى والعشرين سيكون مختلفًا جداً عن نظيره فى التسعينيات الميلادية[١٢]. وإن النظام الصحى لعام ٢٠٠٠م وما بعدها سوف يكون:

- مداراً بشكل أكبر مع تكامل أفضل بين الخدمات والتمويل.
- أكثر مسئولية تجاه المشترين والمستفيدين من الخدمات الصحية.
- مدركًا أكثر ومستجيبًا لحاجات الفئات المسجلين فى البرنامج.
- أكثر قدرة على استخدام موارد أقل وبفعالية أكبر.
- أكثر ابتكاراً وتنوعًا فى كيفية تقديم الخدمات الصحية.
- أكثر شمولية فى كيفية تعريف الصحة.
- أقل تركيزاً على العلاج وأكثر اهتماماً بالتثقيف والوقاية وإدارة الرعاية.
- مكيفًا أكثر تجاه تحسين الصحة لجميع السكان.
- أكثر اعتماداً على بيانات النتائج والحقائق.

ولكن من المحتمل أن تصاحب هذه الزيادات بالألم. حيث ربما ينخفض عدد المستشفيات بنسبة تصل إلى ٥٠٪ وينخفض عدد الأسرة فى المستشفيات بأكثر من تلك النسبة. كما سوف يكون هناك توسع مستمر فى الرعاية الأولية فى التجمعات السكانية وغيرها من خدمات الرعاية الصحية الخارجية. وسوف يؤدى ذلك إلى ازدواجية فى الخدمات فى مرافق مختلفة ومن شأن هذا التطور أن يربك المستفيدين. وتشير تلك القوى أيضًا إلى صدمة كبيرة للمهن الصحية مع الزيادات المتوقعة فى أعداد الأطباء والمرضات والصيادلة[١٢]. وسوف يشترك الفائض فى عدد الأطباء الذى يقدر بـ ١٠٠,٠٠٠-١٥٠,٠٠٠، وخاصة من الأخصائيين مع فائض بحجم ٢٠٠,٠٠٠-٣٠٠,٠٠٠ فى عدد المرضات، نتيجة لعملية الدمج فى قطاع المستشفيات وفائض يصل إلى ٤٠,٠٠٠ فى عدد الصيادلة نتيجة لانتشار الميكنة والمركزية فى عمليات صرف الأدوية. كما سيؤدى التفكك الموجود بين ٢٠٠ أو أكثر من الحقول الطبية المساعدة إلى الاندماج فى مهن متعددة المهارات لتلبية الاحتياجات المتغيرة للمستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية. وإحدى تلك المهن التى سوف تزدهر فى تلك البيئة هى الصحة العامة نتيجة لتركيزها على المجتمعات السكانية والتخطيط الموجه بالمعلومات والاستجابات التعاونية والتعريف الواسع للصحة والخدمات الصحية.

إلى أين سوف تقود تلك القوى النظام الصحى هو سؤال لا نملك الإجابة عنه بعد. ويحتاج إلى خلق مزيج أفضل من إسهامات الأساليب المبنية على الوقاية والأساليب المبنية على العلاج لحدوث عدد من التغيرات المهمة. أولاً، لابد من وجود فهم جديد وأكثر عقلانية لما نعنيه بـ"الخدمات الصحية" (health services) ولا بد أن يشمل هذا الفهم منظوراً واسعًا لإستراتيجيات تعزيز الصحة وحماية الصحة كما يجب أن يتوافر فهم مماثل للإستراتيجيات القائمة على العلاج. وأخيراً وعلى نحو حاسم، لابد من النظر إلى الخدمات الصحية على أنها تشمل خدمات تركز على الصحة وكذلك على خدمات تركز على اعتلال الصحة. وسوف يدعم ذلك أسلوب أكثر شمولية لتحديد باقة من الخدمات الأساسية التى يجب أن تقدم لكل الأمريكيين. التغيير الثانى الذى نحتاج إليه والمكمل لسابقه هو تمويل باقة الخدمات الأساسية المطورة من نفس المصدر بدلاً من تمويل الصحة العامة وأغلب الأنشطة الوقائية من مصدر واحد (الموارد الحكومية) وتمويل العلاج وبقية الأنشطة الوقائية من المصادر الخاصة (قطاع الأعمال والأفراد والتأمين). ومن خلال هذه التغييرات، فإن إعادة توزيع تدريجى للموارد يمكن أن ينقل النظام نحو إستراتيجية استثمارية أكثر عقلانية وفعالية.

إن مجرد حجم ونطاق النظام الصحى الأمريكى يجعل منه قوة لا يستهان بها ومصدراً لمقارنات مع قوة مماثلة وجدت فى الولايات المتحدة فى الخمسينيات والستينيات الميلادية. فى ذلك الوقت وعند مغادرته لمنصب الرئاسة حذر الرئيس أيزنهاور (President Eisenhower) الأمة من الآثار الخطيرة المحتملة "لمركبها الصناعى العسكرى" (military industrial complex). وقد كانت ملاحظاته منذرة بسوء ونافذة البصيرة معًا عندما شجب صناعة قوية صبغت مصالحها الذاتية نظرة الأمة للدول الأخرى ولشعوب تلك الدول. وحالة النظام الصحى الأمريكى تسترعى انتباه المراقب إلى شبيه له فى هيئة "المركب الصناعى الطبى" (medical industrial complex). وأحد الأخطار التى تنشأ عن هذه المركبات هى قدرتها على التأثير فى الطريقة التى نعالج بها (أو حتى نفكر فى) مشكلة أو قضية متعلقة بالسياسة العامة. ويحدث هذا عن طريق تفسير وإعادة صياغة المسائل ذات العلاقة ويصل الحد أحيانًا إلى تغيير إدراك العامة لما يحدث ولماذا يحدث.

ويعتبر فهم العامة لمصطلحات مثل " إصلاح الصحة" (health reform) و"الرعاية الصحية" (health care) شاهداً فى هذا الشأن. فعلى الرغم من أننا – بوصفنا مجتمعاً – قد اعتدنا على إحلال مصطلح الرعاية الصحية محل ما هو فى الحقيقة رعاية طبية أو علاجية إلا أن المصطلحين لا يعنيان نفس الشىء. فالحالة الصحية فى المجتمع تحدد بشكل كبير على ضوء مجموعة مختلفة من الاعتبارات كما تم مناقشته فى الفصل الثانى من هذا الكتاب. هذه الاعتبارات هى محور تركيز نظام الصحة العامة. وإذا كان الهدف النهائى هو مجتمع ينعم بصحة أكبر، وعلى نحو أكثر تحديداً، الوقاية من المرض والعجز فإنه يجب على نظام الصحة الوطنى أن يوازن بشكل حثيث بين العلاج وبين الإستراتيجيات الوقائية التى تستهدف السكان والتجمع السكانى.

وهناك مصطلح يصف ما يحدث عندما تجد منظمة ما أنها غير قادرة على تحقيق أهدافها ونتائجها الرئيسية أو المحصلة النهائية (bottom line) وبالتالى تبرر وجودها من خلال الكيفية التى تعمل بها الأشياء التى تقوم بعملها. وهذا المصطلح هو "إحلال النتائج" (outcomes displacement). ويعنى هذا أن النتيجة الأصلية (وهى فى هذه الحالة تحسين الحالة الصحية) قد تم استبدالها أو إحلالها بالتركيز على الكيفية التى يتم بها التعامل مع السبل أو الوسائل (تنظيم وتقديم وتمويل الخدمات) التى تؤدى إلى تلك النتيجة. وبالتالى تصبح تلك الوسائل هدفًا أو غاية جديدة لذلك النظام. وبدلاً من "عمل الأشياء الصحيحة" (doing the right things) للتأثير على الحالة الصحية يركز النظام على

"عمل الأشياء بطريقة صحيحة" (doing things right) بصرف النظر عما إذا كانت تلك الأشياء تؤثر بشكل أكبر على الحالة الصحية. ومن الممكن أن تحصل على أفضل الخدمات الطبية فى العالم ولكن فى نفس الوقت يظل النظام غير ملائم.

خاتمة:

فى كل يوم فى أمريكا تتخذ قرارات تؤثر على الحالة الصحية للأفراد والجماعات. وتشكل مجموع تلك القرارات والأنشطة الضرورية التى تؤدى لتنفيذ تلك القرارات مجتمعة نظامنا الصحى. ولعله من المهم أن ننظر إلى التدخلات على أنها مرتبطة بحالات الصحة والمرض ومرتبطة أيضاً بالعمليات الديناميكية والعوامل المتعددة التى تنقل الفرد من حالة إلى أخرى. وتعمل التدخلات الوقائية فى مراحل متعددة وعبر وسائل متنوعة لتجنب تطور حالة المرض أو فى حالة حدوثها، تحجيم آثارها إلى أقصى حد ممكن. وتختلف تلك التدخلات فى ارتباطها بممارسة الصحة العامة والممارسة الطبية والرعاية الصحية طويلة الأجل كما أنها تختلف فى تركيزها على الأفراد أو الجماعات. والإطار المقدم هنا منطقى ويعكس حقائق معروفة تتعلق بكل جانب من جوانبه وعلاقاتها بعضها مع بعض.

وكما قرر هذا الفصل من الكتاب، أن السياسة الصحية الحالية فى الولايات المتحدة تعكس وجهات نظر متباينة حول العوامل التى يشملها النموذج. وتركز السياسة الحالية على غير ما هو مطلوب على حالات المرض والإستراتيجيات لإعادة الصحة بدلاً من تعزيزها وحمايتها. وتقوم تلك السياسة بتسخير أغلبية الموارد البشرية والمادية والمالية للوقاية من المستوى الثالث وبالتحديد العلاج المتقدم. كما تركز بشكل غير متناسب على الرعاية الطبية فى المستويين الثانى والثالث المصممين لتلبية الحاجات الصحية الفردية. وبقيامها بذلك فإنها تثير التساؤلات حول ما إذا كانت تلك السياسات فعالة وأخلاقية.

وما وصف فى الماضى وإلى حد كبير بالفيدرالية والتعددية والتراكمية، يمر القطاع الصحى فى الولايات بتغيرات أساسية وبشكل رئيسى استجابة للمعطيات الاقتصادية والتى استثمرت ترليون من الدولارات فى نموذج يساوى الرعاية الطبية بالرعاية الصحية. وندرك الآن أن هذه الإستراتيجية الاستثمارية غير قادرة على تحقيق النتائج التى تتناسب مع استهلاكها للموارد. كما أن المؤشرات الصحية، وتشمل تلك التى تصف فروقات كبيرة فى النتائج وفى الحصول على الخدمة الصحية بين مجموعات مهمة من الأقليات، لم تعد تستجيب إلى إضافة موارد أكبر بالطرق المعتادة. كما أن المشاكل الرئيسية قد تم

وصفها على أنها تتعلق وبشكل كبير بتكلفة الخدمة الصحية والحصول عليها وعلى اعتبار أن الأول مسببًا للثانى. والكيفية التى بها علاج مسألة التكلفة من دون حدوث تدهور فى مسألة الحصول على الخدمة الصحية هو شأن لم يبت فيه بعد على الرغم من أن أساليب الرعاية الصحية الاقتصادية تعمل على وضع بعض الضوابط على استهلاك خدمات معينة. وربما يكون الوصف الأفضل للمشكلتين الثنائيتين التى تواجه القطاع الصحى فى الولايات المتحدة على أنهما الإسراف والحصول على الخدمة الصحية مقترحًا بذلك الرجوع الإستراتيجى لقائمة الخيارات للبحث عن أساليب تعمل على خفض وإعادة تخصيص الموارد بدلاً من خفضها فقط. ومن خلال هذا الاستعراض للهدف والإستراتيجيات للقطاع الصحى تبدو الحاجة واضحة إلى مناقشة الصحة والمرض والوقاية والعلاج. ولبلوغ هذه الأهداف لا بد من وجود إجماع على أن الخدمات الصحية الأساسية تشمل خدمات الصحة العامة المقدمة للتجمعات السكانية والخدمات الإكلينيكية الوقائية بالإضافة إلى الخدمات التشخيصية والعلاجية. ولتسهيل صناعة السياسة واتخاذ القرارات الاستثمارية يفضل أن تمول تلك الخدمات من مصدر مشترك. وربما يتطلب هذا أن تحل أقساط التأمين الصحى محل المخصصات الحكومية بوصفها مصدرًا لتمويل أنشطة القطاع العام. والأمل هو أن تأخذ هذه الاكتشافات حيز التنفيذ قبل أن يصل القطاع الصحى إلى نقطة الانصهار.

أسئلة وتمارين للمناقشة

١- ما هى أهم المسائل الحيوية التى تواجه نظام الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة الأمريكية؟ قبل الإجابة على هذا السؤال، ارجع للمواقع التالية لبعض المنظمات الصحية الرئيسية لترى ما يمكن أن تفيدك به فى هذا الشأن: اتحاد الأطباء الأمريكيين (American Medical Assoia-tion) على العنوان <http://www.ama.assn.org>، اتحاد المستشفيات الأمريكية (American Hospital Association) على العنوان <http://www.aha.org>، اتحاد المرضين الأمريكيين (American Nurses Association) على العنوان <gttp://www.ana.org>، والاتحاد الأمريكي لكليــــات الطب (American Association of Medical Colleges) على العنوان <http:// www.aamc.org>.

٢- ما هى القوى التى من المرجح أن تبعث الحركة فى التوجهات نحو إعادة إصلاح نظام الرعاية الصحية فى أمريكا؟

٣- لماذا يوجد اهتمام أقل بحلول السياسة الداخلية (أو "إصلاح النظام الصحى") اليوم مقارنة بما كان عليه الحال عام ١٩٩٤م؟

٤- اختر مشكلة صحية مهمة (مرضًا أو حالة) تتعلق بصحة الأم والرضيع (انظر إلى اتجاهات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: تحسن صحة الأم والرضيع) ثم صف حلولاً لتلك المشكلة تشتمل على الإستراتيجيات الخمس للصحة والتدخلات المرتبطة بالمرض (تعزيز الصحة والحماية الخاصة، والكشف المبكر عن الحالة والحد من الإعاقة وإعادة التأهيل) والموضحة فى الصفحات ١٥٤-١٥٨ .

٥- مستخدمًا نفس المشكلة التى اخترتها للإجابة على السؤال الرابع والمتعلقة بصحة الأم والرضيع (انظر إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: تحسن صحة الأم والرضيع) صف حلولاً لتلك المشكلة تشتمل على المستويات الثلاثة للتدخلات الوقائية (أولى وثانوى والدرجة الثالثة) والموضحة فى صفحة ١٦٠.

٦- يحتوى توضيح (٣-١) على قائمة بالمنظمات والمؤسسات والمعاهد التى يمكن اعتبارها جزءًا من الجهود الوطنية الشاملة للوقاية. حدد العناصر التى يجب أن تدخل فى مجموعة الجهود الوقائية المرتبطة بالصحة. بناء على ما تعرفه عن تلك المنظمات أى البرامج والخدمات التابعة لتلك المؤسسات يجب أن تدرج تحت مجموعة الجهود الوقائية المرتبطة بالصحة. وضح لماذا من خلال استخدام فئات الأنشطة الوقائية (تعزيز الصحة وحماية الصحة والخدمات الإكلينيكية الوقائية). حدد الجهود الوقائية المرتبطة بالصحة التى سوف تقوم بإضافتها لو كلفت بمهمة التحديد الكمى لنطاق وتكلفة جميع الأنشطة الوقائية المرتبطة بالصحة فى الولايات المتحدة. ما الأشياء التى سوف تقوم بحذفها من تلك القائمة؟ ولماذا؟

٧- تفحص البيانات عن النظام الصحى فى مدينة أو مقاطعة تهمك ومتوافرة من خلال مؤسسة على مستوى الولاية أو المستوى المحلى. ما العناصر المتوافرة عن هذا الموقع التى ترى بأنها الأكثر فائدة؟

٨- نقاش شيق: يستعرض هذا النقاش الإسهامات فى مجال تحسن الحالة الصحية فى الولايات المتحدة منذ عام ١٩٠٠م. هناك مقترحان مطروحان للنقاش. المقترح الأول: تعتبر تدخلات الصحة العامة مسئولة عن تلك التحسينات فى الحالة الصحية. المقترح الثانى: تعتبر تدخلات الرعاية الطبية مسئولة عن تلك التحسينات فى الحالة الصحية. اختر أحد هذين المقترحين ثم اكتب ملخصاً يبين موقفك تجاه المقترح مع التعليل.

٩- هل لايزال القول المأثور «درهم وقاية خير من قنطار علاج» ذا معنى فى الولايات المتحدة الأمريكية؟ إذا كانت الإجابة بلا، فما القيمة النسبية للوقاية مقارنة بالعلاج؟

١٠- راجع ملحق (٣-أ) هل كان للنمو الحديث لإستراتيجيات الرعاية الصحية الاقتصادية فى القطاع الصحى أثر سلبى أو إيجابى على الصحة العامة؟ كيف؟ لماذا؟

المراجع:

١- National Center for Health Statistics. *Health United States 1999*. Hyattsville, MD: U.S. Public Health Service (PHS); 1999.

٢- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Public Health Achievements-United States, 1900-1999: Healthier mothers and babies. *MMWR Mortal Wkly Rep*. 1999;48(38):849-858.

٣- CDC. Public Health Achievements-United States, 1900-1999: Family Planning. *MMWR Mortal Wkly Rep*. 1999;48(47):1073-1080.

٤- Leavell HR, Clark EG. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*, 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1965.

٥- U.S. preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*, 2nd ed. Washington, DC: U.S. Department of Health and human Services (DHHS); 1995.

٦- Lasker RD. *Medicine & Public Health: The Power of Collaboration*. New York: New York Academy of Medicine; 1997.

٧- Halverson PK, Kaluzny AD, McLaughlin CP. *Managed care & Public Health*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 1997.

٨- Weil PA, Bogue RJ. Motivating community health improvement: Leading practices you can use. *Healthcare Executives*. 1999:Nov/Dec:18-24.

٩- Brown Re, Elixhauser A, Corea J, Luce Br, Sheingold S. *National Expenditures for Health Promotion and Disease Prevention Activities in the United States*. Washington, DC: Medical Technology Assessment and Policy Research Center; 1991.

١٠- Core Functions Project, PHS, Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Health Care Reform and Public Health: A Paper Based on Population-Based Core Functions*. Washington, DC: PHS; 1993.

١١- Blendon RJ. *Kaiser/Harvard/KRC National Election Night Survey*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; 1994.

١٢- Pew Health Professions Commission. *Critical Challenges: Revitalizing the Health Professions for the Twenty-First Century*. San Francisco: University of California Center for Health Professions; 1995.

ملحق ٣-أ
الرعاية الصحية الاقتصادية والصحة العامة: الرفقاء الغرباء؟

ضربت رياح التغيير النظام الصحى للولايات المتحدة خلال معظم فترة التسعينيات الميلادية محدثة تغيرات واضحة فى تنظيم وتقديم وتمويل الخدمات الصحية. ومن المؤكد أن تلك التغيرات تمثل مجتمعة إصلاحًا على الرغم من أن هذا النوع من الإصلاح قد استغرق عشرات السنين وليس أشهرًا أو سنوات. وفى صميم تلك التغيرات توجد برامج نظام الرعاية الصحية الاقتصادية (managed care plans) والشراء التنافسى للخدمات الصحية من أنظمة صحية كبيرة. ولم يكن الارتباط بالصحة العامة واضحًا دائمًا ولكن الواضح هو حاجة العاملين فى حقل الصحة العامة لفهم أفضل للرعاية الصحية الاقتصادية ولكيفية عملها. وأهم الأسباب هو أن التعاون الفعال مع نظام الرعاية الصحية الاقتصادية سوف يلعب دورًا حاسمًا فى حل العديد من مشاكل الصحة العامة. إضافة إلى ذلك، سوف تعتمد مراقبة الصحة العامة وبشكل جزئى على طبيعة وجودة المعلومات المتوافرة من برامج الرعاية الصحية الاقتصادية. وأخيرًا، سوف يتوقف المزج والتوفيق فى برامج الصحة العامة وخدماتها على ما يقوم به نظام الرعاية الطبية وما لا يقوم به. ولهذه الأسباب، نستعرض هنا المفاهيم الأساسية والممارسات الخاصة بمنظمات الرعاية الصحية الاقتصادية.

الرعاية الصحية الاقتصادية فى مطلع القرن:

توجد منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية لغايتين مرتبط بعضهما ببعض: التأمين على الأفراد المنتسبين إلى البرنامج والاقتصاد فى الرعاية التى يتلقونها وإدارتها. وهناك العديد من التنوع فى هذا المفهوم، ولكن التعريفات للرعاية الصحية الاقتصادية (managed care) تصف نظامًا تحت إدارة وحدة منفردة تقوم بالتأمين على أعضائها ومن ثم توفير الخدمات الصحية لأولئك الأعضاء من خلال شبكة من مقدمى الخدمة المشاركين. وربما يتم التزويد بالخدمات بطريق مباشر أو من خلال وسطاء. وفى جميع الأحوال، يسعى النظام لإدارة ممارسات الرعاية الصحية لمقدمى الخدمة المشتركين فيه. ومع هذا يظل مقدم الخدمة قائمًا على إدارة المرضى. ولأن قرارات مقدم الخدمة هى التى تؤثر فى استخدام الخدمة وتكاليفها أكثر من تلك القرارات الخاصة بالمرضى؛ يجب على منظمات الرعاية الاقتصادية الحديثة أن تقوم بإدارة مقدمى الخدمة.

وفى الولايات المتحدة تعمل منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية على هيئة شركات مساهمة. وتقوم شركات التأمين نفسها بتأسيس بعض هذه الشركات على الرغم من أن أغلبيتها مملوكة من قبل مستثمرين. وبصفة عامة، فإن أكبر المستثمرين هم مقدمو الرعاية الصحية أنفسهم. وتعتبر المستشفيات من المساهمين الرئيسيين إضافة إلى الأطباء وغيرهم من المجموعات المتخصصة التى تقوم بعرض خدمة مفردة أو منتج واحد مثل خدمة الصحة السلوكية. والعامل المشترك بين منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية هو تحملهم للخطر سواء على نحو كلى أو جزئى. وتنتج الأرباح عن الفرق بين أقساط التأمين المحصلة وبين تكاليف تقديم الخدمات للمرضى.

وقد نمت منظمات صيانة الصحة (health maintenance organizations) وغيرها من أشكال الرعاية الصحية الاقتصادية بشكل سريع فى التسعينيات الميلادية. وبمرور عشر سنوات من نشأتها أصبح أكثر من ٨٠ مليون فرد مؤمن عليهم صحيًا فى القطاع الخاص منضمين لبرامج الرعاية الصحية الاقتصادية. كما بدأت الرعاية الصحية الاقتصادية فى الدخول فى الخدمات الصحية الممولة حكوميًا بحصول أكثر من نصف جميع المستفيدين من قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين (Medicaid) وحوالى ١ من كل ١٠ مستفيدين من قانون الرعاية الصحية الخاص بالمسنين (Medicare) على الخدمات الصحية من خلال برامج الرعاية الصحية الاقتصادية. وسوف تنمو هذه الأرقام بشكل سريع خلال السنوات العشر القادمة.

وهناك العديد من القوى الفاعلة التى تقوم بتعزيز تنامى أنظمة الرعاية الصحية الاقتصادية فى الولايات المتحدة. تأتى فى المقام الأول التكاليف المرتفعة المرتبطة بالرعاية الصحية. عندما ارتفعت التكاليف، وبما أن أغلبية الأمريكيين مؤمن عليهم صحيًا من قبل أرباب العمل، تحرك قطاع الأعمال للسيطرة على التكاليف. حيث قام العديد من الشركات بالتأمين الذاتى على العاملين بها وعلى عائلاتهم فى محاولة للسيطرة على القرارات المؤثرة فى التكاليف بشكل أفضل. وقد بدأت تلك الشركات فى التعامل مع تكاليف الخدمات الصحية مثل تعاملها مع غيرها من التكاليف الأخرى الناجمة عن قيامها بأداء أعمالها، وبحثت تلك الشركات عن برامج التأمين التى تسمح لهم بالسيطرة على التكاليف من خلال السيطرة على مقدمى الخدمة. وقد كانت الرعاية الصحية الاقتصادية إستراتيجية جذابة. كما أتاحت الرعاية الصحية الاقتصادية الفرصة للحكومة للسيطرة على مصروفاتها بطريقة تسمح لها أن تتخلص على الأقل من بعض المعوقات (مثل تأخر صرف المستحقات

وكثرة الإجراءات الإدارية وتعقيداتها) التى أدت إلى نفور مقدمى الرعاية الصحية فى السابق من خدمة المستفيدين من قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين. وقد جذبت فرصة تحقيق أرباح عطفًا على توافر مستويات متوقعة من المدفوعات واستخدام منخفض للخدمات، على الأقل مقارنة بالخطر والحاجة الكبيرين المرتبطين بهذه الفئة من المجتمع، اهتمام منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية فى جميع الولايات تقريبًا. واختلف الوضع بالنسبة للمستفيدين من قانون الرعاية الصحية الخاص بالمسنين حيث تسابقت منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية بشكل أقل سرعة عما كان عليه الوضع بالنسبة للمؤمن عليهم من قبل القطاع الخاص وقانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين. ولكن تشير التقديرات الرسمية للموارد غير الكافية لخدمة جيل ما بعد الحرب العالمية الثانية (baby boomers) عند بلوغهم سن الخامسة والستين إلى أن الرعاية الصحية الاقتصادية آجلاً أم عاجلاً سوف تتغلغل فى برنامج الرعاية الصحية الخاصة بالمسنين (٦٥ سنة وأكثر).

وتشوش الرطانة (jargons) واللغة الاصطلاحية (terminology) الخاصة بالرعاية الاقتصادية الحديثة ذهن الأشخاص حتى أكثرهم معرفة بها. وأكثر أهمية من الإلمام بتلك اللغة الاصطلاحية هو فهم الكيفية التى تعمل بها برامج الرعاية الصحية الاقتصادية. بصفة عامة، يوجد هناك أنماط مختلفة فى كل من برامج الرعاية الصحية الاقتصادية المفتوحة (open) وبرامج الرعاية الصحية الاقتصادية المغلقة (closed). وكلمة "مفتوح" (open) و "مغلق" (closed) هنا تصفان العلاقة بين برنامج الرعاية الصحية الاقتصادى وبين المرضى المنتسبين له من زاوية الحرية المتاحة للمريض فى اختيار مقدمى الرعاية الصحية من خارج دائرة أولئك الخاضعين لسيطرة منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية. حيث تتميز البرامج المغلقة (closed plans) بوجود سيطرة أكبر على مقدمى الخدمة كما أن حرية المريض فى الحصول على الخدمات الصحية التى يغطيها البرنامج من خارج قائمة مقدمى الخدمة التابعين لمنظمة الرعاية الصحية الاقتصادية تعتبر محدودة جداً. ويعتبر العديد من نماذج الفريق التقليدية فى منظمات صيانة الصحة (staff-model HMOs) مثالاً على البرامج المغلقة. فى حين تتميز البرامج المفتوحة (open plans) بإجراءات أكثر مرونة تسمح للمنتسبين للبرنامج فى الحصول على الخدمات الصحية من شبكة أوسع من مقدمى الرعاية الصحية الذين يخضعون لسيطرة أقل من قبل منظمة الرعاية الصحية الاقتصادية. وتعتبر منظمات مقدم الرعاية المفضل (preferred provider organizations) وشبكات الأطباء/المستشفيات (physician/hospital networks) أمثلة على البرامج المفتوحة. وفى هذا

النموذج من الرعاية الصحية الاقتصادية يستطيع الأشخاص المنتسبون للبرنامج أن يحصلوا على الخدمات نظير مبالغ إضافية زهيدة يدفعونها من جيوبهم الخاصة إلا إذا كانت الخدمة المقدمة قد تم الحصول عليها من خارج نطاق البرنامج. وعندما يحدث هذا يدفع المنتسبون للبرنامج مبالغ أكبر على الرغم من بقائهم مغطين بشكل جزئى من قبل البرنامج.

نموذج نقطة الخدمة (point-of-service model) هو أحد الترتيبات المعمول بها فى منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية. وفى هذا النموذج تعتبر الخدمات المقدمة من قبل المكلفين بمعالجة من يشملهم الضمان الصحى مسيطراً عليها بشكل كبير، ولكن يمكن أيضًا الحصول على الخدمات من خارج البرنامج من خلال شبكة من مقدمى الخدمة أقل ارتباطًا بمنظمة الرعاية الصحية الاقتصادية مقابل رسم إضافى. ويسمح هذا النموذج بحرية أكبر للمريض فى اختيار مقدم الخدمة ولكن لايزال هناك بعض الضوابط على تكلفة الخدمات الأساسية.

ومن البديهى أن البرنامج سيكون أقل انفتاحًا كلما كان المشترى مهتمًا أكثر بالسيطرة على التكاليف. وقد وجدت برامج الرعاية الصحية الاقتصادية الممولة من قبل قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين، وحتى تلك الممولة من القطاع الخاص والتى تهتم بدرجة أقل بحرية المريض فى اختيار مقدم الخدمة - أن البرامج المغلقة تتلاءم أكثر مع الإستراتيجيات الطموحة لخفض التكاليف. ويتطلب اتخاذ قرارات بشأن اختيار النموذج المغلق عمل تقييم لقدرة منظمة الرعاية الصحية الاقتصادية لتقديم الخدمات المغطاة والتى تشمل كلاً من خدمات الرعاية الأولية والرعاية المتخصصة. ولكن، ومع الأسف، نادراً ما تعطى الأساليب والوسائل اللازمة لعملية التقييم تلك نفس الأولوية الممنوحة للسيطرة على التكاليف.

وتعد أساليب السيطرة على التكاليف واضحة المعالم بوجود الحد من الاستخدام كأسلوب رئيسى. حيث يتم مراجعة الخدمات والإجراءات التى لا يمكن تقديمها بصورة سريعة ورخيصة خلال زيارة المريض لمقدم الخدمة للتأكد من مدى حاجة المريض لها. وعند وجود هذه الحاجة من هو أنسب من يقوم بتلبيتها وفى أى مرفق سوف يتم تقديمها. وباختصار يقوم البرنامج بالتأكد أن الخدمة المطلوبة تقع ضمن قائمة الخدمات التى يغطيها البرنامج ويحدد المكان التى يستطيع المؤمن عليه صحياً الحصول عليها. ويعتبر قرار رفض إعطاء الموافقة مساوياً لرفض تقديم الخدمة بالنسبة لأولئك الذين ليست لديهم

القدرة للحصول على الخدمة باستخدام مواردهم الذاتية. وحتى وقت قصير كانت الفرص المتاحة للأفراد المؤمن عليهم صحياً لاستئناف تلك القرارات فى المحاكم ضئيلة جداً.

وتعتبر المشاركة فى التكاليف بين البرنامج والمنتسب إليه أسلوبًا آخر للسيطرة على التكاليف. وناتج المشاركة فى التكاليف هو أن البرنامج يدفع أقل. كما أن هذه المشاركة فى التكاليف تثبط أيضًا المنتسب للبرنامج من الحصول على الخدمة أصلاً وهذا فى حد ذاته مصدر آخر للتوفير بالنسبة لبرنامج الرعاية الصحية الاقتصادية. ويتعلق الأسلوب الآخر لاحتواء التكاليف باختيار المنتسبين للبرنامج. حيث يؤدى أيضًا تسويق البرنامج لأعضاء محتملين فى المجموعات العمرية والفئات السكانية الأكثر تمتعًا بالصحة لاحتواء التكاليف فى النهاية. وتتسم بعض الجهود التسويقية بوضوح مقاصدها لقيامها بصورة نشطة بضم (حتى بطرق أبواب المنازل) الأفراد الأصحاء فى المجموعات المؤهلة. وقد ظهرت هذه الممارسة بوضوح خاصة مع بداية برامج الرعاية الصحية الاقتصادية الموجهة للمستفيدين من قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين.

بالإضافة إلى تحديد الخطر المتوقع من انضمام الأعضاء المحتملين، تقوم منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية بإجراءات مماثلة على مقدمى الخدمة للتعرف على أولئك الذين ينتج عن ممارستهم وقراراتهم الطبية تكاليف "غير ضرورية" للبرنامج. حيث يتم معاينة نمط استخدام اختبارات الفحص وكيفية القيام بأداء الكشف الطبى فى العيادة وعدد زيارات المراجعة والدخول للمستشفى للتعرف على مقدمى الخدمة الذين يمكن تعديل أنماط الممارسة لديهم أو حتى الاستغناء عن خدماتهم فى تقديم الرعاية الصحية. ويوجد بعض المبررات العلمية لهذه المراجعة المهنية فى ظل الدراسات العديدة التى تصف تفاوت واضح فى معدلات الإجراءات الطبية فى الولايات المتحدة بدون وجود فروقات واضحة فى النتائج الصحية.

وغالبًا فإن هذه الأساليب للاعتماد الاقتصادى لمقدم الخدمة لا تأخذ فى الاعتبار الفروقات فى درجة الخطر المختلط الموجودة بين الفئات السكانية التى تقدم لها الخدمة الصحية. فعلى سبيل المثال، ربما تختلف الإجراءات العلاجية لذكر قاصر أبيض مصاب بالربو ويعيش فى ضاحية راقية فى المدينة عن تلك الإجراءات المتخذة لعلاج قاصر آخر من أصل أفريقى أمريكى يعيش فى وسط المدينة. وعملية التحديد مع الأخذ بعين الاعتبار الفرق فى الأخطار المختلطة والعوامل المساهمة هى مهارة من مهارات الصحة العامة التى لا تتوافر على نطاق واسع فى عمليات الرعاية الصحية الاقتصادية.

الفرص المتاحة لتحسين الصحة العامة:

على الرغم من التوتر والخلافات التى نشأت بين منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية من جهة وبين كل من مقدمى الخدمة والمستفيدين منها من جهة أخرى، تتيح بعض جوانب الرعاية الصحية الاقتصادية فرصًا لتحسين الصحة العامة. ويعتبر التفكك وانعدام التنسيق فى الخدمات الصحية صفتين مميزتين كانتا ولاتزال ملازمتين للنظام الصحى الأمريكى. ويضفى نظام الرعاية الصحية الاقتصادية بعض الشكل الخارجى لهيكل تنظيمى لحالة التعدد من "اللا نظام" (nonsystem) هذه ويخلق إطارًا لخدمات صحية فعالة يمكن أن تصل لأفراد أكثر. فى الماضى، كان من غير الممكن حصول مثل هذا الأمر إلا عن طريق العمل مع كل مقدم خدمة على حدة (provider-by-provider basis). أما الآن فيوجد نقاط دخول ونفوذ لشبكة من مقدمى الخدمة لتقديم خدمات إكلينيكية وقائية بشكل أكثر كثافة وتوحيد أنشطتها مع جهود الوقاية فى التجمعات السكانية. كما تتوافر حتى الحوافز المالية لعمل هذه الأشياء. فالأمراض والحالات التى يمكن الوقاية منها اليوم سوف تعنى تكاليف أقل وأرباح أكثر فى المستقبل. وعلى الرغم من أن منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية ذات النظرة بعيدة المدى والقاعدة الثابتة من المنتسبين قد لاحظت هذه الفرصة، إلا أن العديد من منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية المنشأة حديثًا تركز على اهتمامات النمو المالى قصيرة المدى مثل التوسع فى أعداد المنتسبين وجنى الأرباح السريعة.

ولكن الاهتمام بالربحية هو شبيه بسلاح ذى حدين ومؤسسات الصحة العامة قد تجد نفسها خارج الصورة فى العديد من الخدمات التى بدأت بتقديمها فى العقود الحديثة. حيث ربما تتحول بعض الخدمات مثل خدمات الرعاية الأولية أو حتى العلاجية إلى منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية بالنسبة للأفراد المؤمن عليهم صحيًا بموجب قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين وغيره من الأطراف الممولة للتأمين الصحى. أما الخدمات الأخرى فهى خدمات صحة عامة متخصصة مثل الخدمات العلاجية لمرض الدرن والإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV) والأمراض التناسلية المعدية. ومستقبل هذه الخدمات هو بمنزلة سؤال والإجابة عليه مفتوحة إلى حد كبير. تفضل برامج الرعاية الصحية الاقتصادية عدم ضم الأفراد الذين يحتاجون إلى خدمات متخصصة والتى عادة ما تكون تكاليفها مرتفعة. كما أن مقدمى الخدمات المتخصصة أيضًا يشكلون مصدر قلق لبرامج الرعاية الصحية الاقتصادية؛ لأنهم ربما يعملون على جلب عدد أكبر من الأفراد

ذوى الحاجات المرتفعة التكاليف. وعلى الرغم من أن هذه الحاجات سوف تظل قائمة إلا أن الشيء غير الواضح هو الكيفية التى سوف تلبى بها تلك الحاجات والمصدر الذى سوف يقوم بتلبيتها.

وأحد الحلول المقترحة هو إلزام برامج الرعاية الصحية الاقتصادية بأن تضم فى شبكاتها مقدمى رعاية مختصين فى الصحة العامة. وغنى عن القول أن هذا المقترح غير مرغوب فيه من قبل منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية. والبديل الآخر هو فرض ضرائب على جزء من أرباح برامج الرعاية الصحية الاقتصادية لدعم مقدمى خدمات الصحة العامة المتخصصة عن طريق المنح والمناقصات. ولن تصبح مؤسسات الصحة العامة رسميًا جزءًا من شبكات منظمات الرعاية الصحية الاقتصادية وإنما سوف تتبادل المعلومات معها عن الأفراد الذين يتم تحويلهم من وإلى مؤسسات الصحة العامة أو برامج الرعاية الصحية الإقتصادية. والحل الآخر هو تخصيص خدمات معينة من برامج الرعاية الصحية الاقتصادية وإعطاء الحرية للأفراد بأن يحصلوا على تلك الخدمات حسب الحاجة إليها. لكن هذا الحل يشجع على تفكك وعدم استمرارية الرعاية الصحية. ولم يتم حتى هذا اليوم تحديد المزايا المرتبطة بتعريف وتخصيص خدمات معينة للصحة العامة بدلاً من جعلها عناصر فى باقة من الخدمات الشاملة.

ولاحت الفرصة الأخرى من خلال أنظمة المعلومات الضرورية لإدارة شبكات مقدمى الرعاية والخدمات الصحية. وتاريخيًا، لم تتمكن مراقبة الصحة العامة من الحصول على المعلومات عن الحالة الصحية والأوضاع الصحية للأشخاص الأحياء التى تم رصدها فى نظام الرعاية الصحية الخارجية واستخدام تلك المعلومات. ومن الممكن أن تؤدى عملية دمج هذه المعلومات مع غيرها من مصادر المعلومات الأخرى إلى منافع جمة لجهود مراقبة الصحة العامة بالإضافة إلى تلبية احتياجات برامج الرعاية الصحية الاقتصادية ومقدمى الرعاية الصحية. ولكن لن تكون مصالح الصحة العامة هى الوحيدة التى سوف تسعى للحصول على معلومات وبيانات البرنامج الصحى. بل إن المساهمين الذين دفعتهم أولوياتهم لدعم توسع نظام الرعاية الصحية الاقتصادى سوف يبحثون عن معلومات تثبت أن مواردهم توظف بكفاءة وفعالية. كما سيقوم كل من القطاع الخاص والحكومة بطلب معلومات توضح عوائد استثماراتهم الصحية وتتيح لهم وللعاملين لديهم أن يقيموا ويقارنوا أداء البرامج الصحية. على نحو مثالى، من المفترض أن تكون الاهتمامات بالنتائج الصحية هى المحركة لتلك التطورات ولكن الاعتبارات المالية هى ما سوف يحدد ماهية المعلومات التى يجب جمعها والكيفية التى سوف يتم بها استخدام تلك المعلومات.

وقد قام قطاع الرعاية الصحية الاقتصادية بتطوير قاعدة بيانات لاستخدامها فى أغراض تقييم ومقارنة أداء البرامج الصحية تعرف بمجموعة البيانات والمعلومات الخاصة بالبرنامج الصحى لصاحب العمل (Health Plan Employer Data and Information Set (HPEDI)). وقد سعت المراجعات لمجموعة البيانات والمعلومات الخاصة بالبرنامج الصحى لصاحب العمل لتضمين مقاييس حول أداء التجمعات السكانية والصحة العامة. ويسعى العاملون فى حقل الصحة العامة بشكل نشط للاستفادة من مجموعة البيانات والمعلومات الخاصة بالبرنامج الصحى لصاحب العمل لتلبية احتياجات الصحة العامة إلى البيانات على نحو جيد. وهناك على الأقل ثلاثة أصناف من البيانات التى يمكن الاستفادة منها فى أغراض الصحة العامة:

١- مجموعة البيانات الإدارية مثل أسماء مقدمى الخدمة والمبالغ المدفوعة لهم.

٢- بيانات عن المنتسبين مثل المعلومات السكانية الأساسية والتى قد تكون مفيدة فى تحديد الأفراد والتجمعات السكانية الأكثر عرضة للخطر.

٣- بيانات عن مراجعة المريض (encounter data) للتعرف على ما قام بعمله مقدم الخدمة ومعدل تكرار حالات الدخول إلى المستشفى.

ولكن البيانات عن مراجعة المريض عادة ما تكون محدودة؛ لأن الحصول على هذا النوع من البيانات هو أكثر أنواع البيانات كلفة خاصة إذا ما تطلب الأمر البحث عن تلك المعلومات وتلخيصها من الملفات الطبية فى الموقع الذى تقدم فيه الخدمة الصحية. كما أن برامج الرعاية الصحية الاقتصادية لا تعتمد على بيانات مراجعة المريض فى الدفع لمقدمى الخدمة الصحية كما هو شائع فى أنظمة الدفع مقابل كل خدمة مقدمة (fee-for-service systems).

حتى الوقت الحاضر يوجد هناك اتفاق محدود عن أى المعلومات المستمدة من بيانات مراجعة المريض سوف تكون مفيدة لكل من أغراض الصحة العامة ومناسبة من ناحية توفيرها لبرامج الرعاية الصحية الاقتصادية. وقد تم البدء حديثًا فقط فى مناقشة العديد من القضايا المتعلقة بالبيانات. ومن المحتمل بروز فرص إضافية كلما تمت مناقشة ومعالجة تلك القضايا. وعلى سبيل المثال ربما يتيح موضوع الصحة المدرسية فرصة أخرى لقيام علاقات عمل وثيقة بين برامج الرعاية الصحية الاقتصادية وبين منظمات الصحة العامة. ويجرى فى العديد من أنحاء البلاد حل برامج الصحة المدرسية بسبب الضغوط المالية على حكومات الولايات والحكومات المحلية. وقد كانت دائمًا ممرضات

الصحة المدرسية بمنزلة حجر الأساس بالنسبة لبرامج الصحة المدرسية. إلا أن أعداد هؤلاء المرضات في تناقص على الرغم من صدور التشريعات الجديدة والتوقعات في مجالات مثل الالتزام بمتطلبات التحصين واختبارات النظر والسمع والتقييم الطبي للطلاب ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة وخدمات الأدوية وخدمات التدخل في أوقات الأزمات. وفي ظل هذه المهام فإن إسهام هؤلاء المرضات في شئون المقررات الصحية قد قلت بشكل كبير. ولكن مع استمرار تحول قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين إلى الرعاية الصحية الاقتصادية وتغلغل الرعاية الصحية الاقتصادية بشكل أوسع في القطاع الخاص توفر الصحة المدرسية الفرصة لاتحاد برامج الرعاية الصحية الاقتصادية مع أهداف الصحة العامة. فعلى سبيل المثال، بدلاً من قيام ١٠ إلى ٢٠ برنامج رعاية صحية اقتصادياً فإن توفير الرعاية الصحية للأطفال المنتمين إلى مدرسة واحدة ربما يقل هذا العدد مستقبلاً ليصبح من ٥ إلى ١٠ . وقد تسهم تلك البرامج بشكل متناسب في تمويل المرضات العاملات في المدارس والمساعدين لهم ليتمكنوا من أداء المهام المذكورة آنفًا بطرق أقل تكلفة من توفير تلك الخدمات في المواقع التابعة لمقدم البرنامج أو عدم توفيرها أصلاً ومن ثم التعامل مع تفشي الأمراض التي يمكن الوقاية منها أو نوبات الربو التي تستلزم التنويم في المستشفى.

وتتطلب الفرص الناجمة عن توسع الرعاية الصحية الاقتصادية منهج تفكير وأدوار جديدة مثل تلك المقترحة في توضيح (٣- أ١). ويجب على كل من برامج الرعاية الصحية الاقتصادية ومؤسسات الصحة العامة أن تواجه تلك التحديات بأهداف مشتركة.

ولكن يبقى هناك دور واحد من الممكن أن يتضرر نتيجة لتوسع الرعاية الصحية الاقتصادية وهو توفير الخدمات الطبية لأولئك الذين ليس لديهم تأمين صحي. وقد تم تقدير عددهم ليشمل من ٤٠ إلى ٤٥ مليون أمريكي في أي وقت من الأوقات. وتوسع الرعاية الصحية الاقتصادية، مع تركيزها الشديد على الأسعار التنافسية والأرباح، سوف يؤدي إلى خفض كمية ما يسمى بالرعاية الخيرية والتي كانت تقدم سابقًا من قبل مقدمي الخدمة في القطاع الخاص. وقد ظهر هذا فعلاً في التجمعات السكانية التي استطاعت فيها الرعاية الصحية الاقتصادية أن تستولي على أجزاء كبيرة من سوق الرعاية الصحية ومن المرجح أن يظهر في أغلب، إن لم يكن في جميع التجمعات السكانية في الولايات المتحدة. وتقترح هذه الظروف مرة أخرى أن إصلاح نظام الرعاية الطبية لا بد أن يتزامن مع إصلاح نظام الصحة العامة.

توضيح (٣-أ١)

قضايا مستقبلية للرعاية الصحية الاقتصادية والصحة العامة

أهداف الصحة العامة وخدمات قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين (Medicaid)	**كيف يمكن دمجها:** - لزيادة التركيز على الصحة. - لتبسيط وزيادة حصول المستفيدين من قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين على الخدمات الصحية. - لتشتمل على خدمات صحية (محددة بتوسع) ضرورية لنتائج صحية جيدة.
إدارة الحالة والخدمات الممكنة (case management enabling services)	**كيف يمكن التأكد من:** - ضم هذه الخدمات بالنظر إلى الحقائق التى تشير بأنها تحسن من الحصول على الخدمة وتؤدى إلى نتائج صحية أفضل للمستفيدين من تلك الأنظمة التى تنسق العلاج الطبى فقط.
الطاقة الاستيعابية للنظام والأدوار المناطة بمقدمى الخدمة	**كيف يمكن صياغتها:** - لتوضيح أدوار إدارة الحالة المتناقضة أحيانًا لمؤيدى حقوق المريض والعاملين على احتواء التكاليف.
التذبذب فى أعداد المنتسبين	**كيف سوف تؤدى إلى:** - تعقيد الجهود الرامية لتوفير إدارة الحالة للمستفيدين من قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين - التأثير على مسئولية مقدم الخدمة عن استمرارية الرعاية الصحية - زيادة احتمالية أن تستمر مؤسسات الصحة العامة فى القيام بدور رئيسى فى تقديم الخدمات الصحية (كمصدر أخير لمن لا يستطيعون الحصول عليها)

تابع – توضيح (٣-أ١)

ضمان الجودة	**كيف يمكن التعامل مع مسائل الجودة بحيث:** – لا تهمل الجودة بسبب إعتبارات أخرى. – تقوم الحكومة بمراقبة الجودة. – يكون هناك تركيز للصحة العامة على الحصول على الخدمة والرعاية الإكلينيكية وتركيز مالى على إيفاء جميع الديون وعلى تركيبة المنتسبين. – تركز على التحليل الدقيق لبيانات النتائج المجمعة على نطاق واسع. – توفر بيانات مراجعة المريض الخيار للمستهلك وتحدد المشاكل المرتبطة بالتحول من نظام الدفع لكل خدمة مقدمة (fee-for-service) فى تقديم الرعاية الصحية إلى الرعاية الصحية الاقتصادية التى تنهج أسلوب الدفع عن كل فرد (capitated payments). – يتم تحديد الأدوار المناسبة لكل من الحكومة وأصحاب العمل والمستهلكين.
البيانات	**كيف تلبى:** – الحاجة إلى البيانات الضرورية لأسلوب ناجح و"قائم على النتائج" لعمليات الجودة المستمرة فى أنظمة الرعاية الصحية الاقتصادية. – الاندماج فى أنظمة جمع وجعل البيانات مفيدة ونشر المعلومات لتسهيل إتخاذ القرارات.
القبول بين مقدمى الخدمة والمستفيدين منها	**كيف يمكن حل:** – الاعتماد على درجة اهتمام مقدم الخدمة بالاستقلالية فى الممارسة ومعالجة مشكلة إدراك المستفيدين بتناقص الخيارات المتاحة. – الحاجة إلى أسلوب جودة يراعى مصلحة المستفيد ويتطلب دعم المستفيدين والحصول المستقل على المشورة الطبية مثل استشارة أطباء آخرين حول المشكلة المرضية.

المصدر بتصرف من:
Challenge and Opportunity: Public Health in an Era of Change, 1996, Illinois Department of Public Health.

الفصل الرابع

القانون والحكومة والصحة العامة

لا تقتصر الصحة العامة على ما تقوم به مؤسسات الصحة العامة الحكومية على الرغم من أن هذا هو سوء الفهم الشائع بين كل من المنتمين وغير المنتمين لحقل الصحة العامة. وعلى أى حال فإن جوانب محددة للصحة العامة تعتمد على الحكومة. وعلى سبيل المثال، يظل تطبيق القوانين إحدى تلك المسئوليات الحكومية المهمة بالنسبة لصحة الناس وممارسة الصحة العامة. ولكن القانون والنظام القانونى مهمان لأغراض الصحة العامة بشكل يفوق مجرد تطبيق القوانين والأنظمة. ويمنح القانون على جميع المستويات الحكومية السلطات الأساسية للحكومة ويوزع تلك السلطات بين مؤسسات متعددة من بينها مؤسسات الصحة العامة. ويمثل القانون القرارات الحكومية وما تتضمنه تلك القرارات من قيم اجتماعية. كما يوفر القانون الأساس للأفعال التى تؤثر فى صحة العامة.

وتؤثر أيضاً القرارات والأفعال التى تتم خارج محيط الحكومة فى الصحة العامة ربما بشكل أكبر من تلك القرارات والأفعال التى يقوم بها الموظفون المنتخبون والمؤسسات الإدارية. ويلعب القطاع الخاص والمنظمات التطوعية أدواراً رئيسية فى تحديد عوامل مهمة للصحة وفى تحفيز الجهود لتعزيز وحماية صحة الأفراد والجماعات. وتنطوى الصحة العامة على قرارات وأفعال جماعية وليس قرارات وأفعال شخصية خالصة، ولكن غالبًا ما تكون القنوات الحكومية هى من يطرح المسائل ويصنع القرارات ويحدد الأولويات للعمل. وتعكس العديد من الأفعال الحكومية الأدوار المزدوجة للحكومة والتى غالبًا ما تكون ممثلة فى الأختام الحكومية الرسمية وفى المركبات الخاصة بمؤسسات السلامة العامة المحلية ـ تحمى وتخدم. وفيما يتعلق بارتباطهما بالصحة يرجع أصل هذين الدورين (الحماية والخدمة) إلى فلسفات حكومية منفصلة، وغالبًا ما تكون متعارضة، وتراثًا حكوميًا. وسوف يبحث هذا الفصل فى الكيفية التى يتم بها تنظيم هذه الأدوار فى الولايات المتحدة. ويركز هذا البحث تحديداً على العلاقات بين القانون والحكومة والصحة العامة بحثًا عن إجابات للأسئلة التالية:

- ما الأدوار المختلفة للحكومة فى مجال خدمة الصحة العامة؟
- ما الأساس القانونى للصحة العامة فى الولايات المتحدة؟
- كيف يتم تنظيم مسئوليات وأدوار الصحة العامة على المستوى الاتحادى ومستوى الولايات والمستوى المحلى؟

لمراجعة تنظيم وبنية الصحة العامة الحكومية يبدأ هذا الفصل، على خلاف التاريخ المرصود بإيجاز فى الفصل الأول، بأدوار وأنشطة الصحة العامة الفيدرالية لتتبع لاحقًا بأدوار وأنشطة الصحة العامة على مستوى الولايات والمستوى المحلى. وسيكون التركيز بشكل رئيسى على الشكل والبناء بدلاً من الوظيفة والتى سوف يتم تسليط الضوء عليها فى الفصل الخامس من هذا الكتاب. وفى أغلب الظروف فإنه من المنطقى للشكل أن يتبع الوظيفة. ولكن من الضرورى هنا فهم الإطار القانونى والتنظيمى للصحة العامة الحكومية بوصف ذلك جزءًا من مضمون ممارسة الصحة العامة. ويعتبر الإطار المؤسس عبر المؤسسات القانونية والحكومية عنصرًا أساسيًا للبنية التحتية للصحة العامة وإحدى الركائز الأساسية لنظام الصحة العامة. أما الركائز الأساسية الأخرى والتى تشمل الجوانب الإنسانية والمعلوماتية والمالية وغيرها من الجوانب الخاصة بالموارد التنظيمية فسوف تبحث فى الفصل السادس من هذا الكتاب. ولقد تم بصورة عشوائية نوعًا ما فصل المواضيع الواردة فى هذا الفصل عن غيرها من مدخلات نظام الصحة العامة. ولكن يعتبر الأساس القانونى للصحة العامة والمؤسسات الحكومية التى أنشئت لخدمة الصحة العامة مفاهيم أساسية ومهمة فى حد ذاتها. وهذا البناء هو نتاج لأسلوبنا الأمريكى الفريد فى الحكومة.

الحكومة الأمريكية والصحة العامة:

كان الرئيس السابق لمجلس النواب الأمريكى (Speaker of the U.S. House of Representatives)، تيب أونيل (Tip O'Neil) دائمًا يشير إلى أن "جميع الأساليب أو المناورات السياسية هى محلية"، وإذا كان الأمر كذلك فإن الصحة العامة يجب أن ينظر إليها فى الأصل على أنها ظاهرة محلية كذلك؛ لأن المناورات السياسية هى فى صميم عمليات الصحة العامة. حيث إنه فى نهاية الأمر تمثل الصحة العامة القرارات الجماعية حول أى النتائج الصحية تعتبر غير مقبولة وأى العوامل تسهم فى تلك النتائج وأى المشاكل غير المقبولة سوف يتم معالجتها فى ظل محدودية الموارد وأى المشاركين يجب أن يدعو للمساهمة فى إيجاد الحلول لتلك المشاكل. وهناك عمليات سياسية مع وجهات نظر وقيم مختلفة تصهر معًا لتحديد أى القرارات الجماعية سوف تتخذ. وفى كثير من الأحيان تحمل المناورات السياسية مضمونًا مختلفًا جدًا ودائمًا ما يتلون هذا المضمون بالأساليب السياسية الحزبية. ولكن العمليات السياسية ضرورية ومنتجة فى آن واحد ويمكن اعتبارها من أفضل السبل التى أوجدها الإنسان لبلوغ حاجاتنا المشتركة.

يعتبر النظام السياسى فى الولايات المتحدة منتجاً للعديد من القوى التى شكلت الدور الحكومى فى الصحة. لم يخطط واضعو مسودة دستور الولايات المتحدة (the U.S. Constitution) للحكومة الفيدرالية بأن تتعامل بصورة مباشرة مع الصحة كغيرها من العديد من القضايا المهمة. حتى إن كلمة "الصحة" لا تظهر فى هذه الوثيقة المشهورة مرجعة الصحة بذلك إلى مجموعة السلطات المحفوظة للولايات أو الشعب. وقد نص الدستور صراحة على صلاحية الحكومة الفيدرالية فى تعزيز وتوفير ما فيه خير ورفاهية وسعادة العامة (فى مقدمة الدستور وفى الفقرة الثامنة من المادة الأولى) وتنظيم التجارة (أيضاً فى الفقرة الثامنة من المادة الأولى). ولقد تطورت السلطات الفيدرالية بشكل بطىء فى مجال الصحة منطلقة من تلك السلطات الصريحة وما تبعها من قرارات للمحكمة العليا للولايات المتحدة (U.S. Supreme Court) والتى وسعت من صلاحيات الحكومة الفيدرالية عن طريق التقرير بأن هناك سلطات إضافية مشاراً إليها ضمناً فى لغة الدستور.

وقد قادت المهام الأساسية لتنظيم الشئون الخارجية والتجارة بين الولايات الحكومة الاتحادية لتركيز جهودها لتفادى استيراد الأوبئة ومساعدة الولايات والمحليات، عند طلبها المساعدة، فى تلبية احتياجاتها المتكررة للسيطرة على الأمراض المعدية. ويعتبر مستشفى الخدمة البحرية (the Marine Hospital Service) والذى أنشئ فى عام ١٧٩٨م لخدمة بحارة الأسطول التجارى من جهة ولمنع استيراد الأمراض الوبائية من جهة أخرى من أوائل الوحدات الصحية الفيدرالية. ولقد تطور عبر الزمن إلى ما يعرف اليوم بمصلحة الصحة العامة الأمريكية (U.S. Public Health Service).

ولكن السلطة لتعزيز الصحة والرعاية الاجتماعية لم تترجم دائماً إلى قدرة على الفعل. إذ لم تكن الحكومة الفيدرالية قادرة على جمع موارد مالية كبيرة إلا بعد السماح لها بجباية ضريبة فيدرالية على الدخل بموجب التعديل السادس عشر (Sixteenth Amendment) على الدستور فى بداية القرن العشرين. حيث منحت الإمكانية على جمع مبالغ ضخمة الحكومة الفيدرالية القدرة على معالجة المشاكل والاحتياجات الصحية من خلال تحويل الموارد إلى الحكومات على مستوى الولايات والمحليات فى أشكال متنوعة من منح المساعدات (grants-in-aid). وعلى الرغم من سلطاتها فى مجالات الرعاية الاجتماعية وتنظيم التجارة إلا أن الحكومة الفيدرالية لم تستطع التصرف بطريقة مباشرة فى الشئون الصحية، حيث إنها كانت تستطيع العمل من خلال الولايات فقط كنظام رئيسى فى تقديم الخدمات. بعد عام ١٩٣٥م، تزايدت سلطة وتأثير الحكومة الفيدرالية على نحو سريع من

خلال تأثيرها المالى على برامج الولايات والمحليات مثل قانون خدمات المستشفيات وتشييدها للعام ١٩٤٦م والمعروف بقانون هيل بيرتون (the Hospital Services and Construction (Hill Burton) Act) وبعد عام ١٩٦٥م من خلال دخولها بوصفها مشترياً رئيساً للرعاية الصحية من خلال قانون الرعاية الصحية الخاص بالمسنين (Medicare) وقانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين (Medicaid). أما بالنسبة لحضور الحكومة على المستوى الفيدرالى فى مجال الصحة العامة فيتمثل فى أبرز وأكثر مؤسسات الصحة العامة الفيدرالية حظوة بالاحترام ألا وهى مراكز التحكم والسيطرة على المرض (Centers for Disease Control and Prevention) والتى لم تنشأ حتى عام ١٩٤٦م[1].

وقد أزاح دخول الحكومة الفيدرالية كلاعب رئيسى فى النظام الصحى الولايات من مكانة احتلتها منذ ما قبل ولادة الجمهورية الأمريكية، حيث كانت الولايات تتمتع بسلطات مستقلة قبل موافقتها على أن تشترك فى سلطاتها مع الحكومة الفيدرالية المنشأة حديثاً. وقد شملت سيادة الولايات على سلطات فى الشئون المرتبطة بالصحة منبثقة من مصدرين عامين. أولاً، سلطات مستمدة مما يعرف بسلطات تنظيم المجتمع (police powers of states) والذى توفر الأساس للحكومة للحد من تصرفات الأفراد؛ بهدف السيطرة ووضع حد للأذى. ويكمن المصدر الثانى لسلطات الولاية الصحية فى التوقع بأن تقوم الحكومة بتقديم الخدمة للأفراد غير القادرين على توفيرها لأنفسهم. وتعود جذور هذا التوقع إلى قوانين الفقراء فى عهد أليزابيث الأولى ملكة إنجلترا (Elizabethan Poor Laws) واستمرت فى الولايات فى النموذج الأمريكى الجديد للحكومة. وعلى الرغم من هذا الإرث المشترك، تبنت الولايات تلك الأدوار على نحو مختلف جداً فى فترات مختلفة من الزمن بسبب أن نشأة الولايات نفسها خلال القرن التاسع عشر قد حدثت بصورة غير متساوية.

وقامت الولايات بخلق الهياكل والمنظمات اللازمة لتفعيل سلطاتها فى تنظيم المجتمع لحماية المواطنين من الأمراض المعدية والمخاطر البيئية الناجمة بشكل رئيسى من الفضلات والمياه والأغذية. وشهدت ولاية ماسوشيست (Massachusetts) نشأة أولى المؤسسات الصحية على مستوى الولايات والتى عمت فيما بعد جميع أرجاء البلاد خلال النصف الأخير من القرن التاسع عشر. وعندما أصبحت المنح الفيدرالية متوافرة، وخاصة بعد عام ١٩٣٥م، سعت الولايات بحماس منقطع النظير للحصول على التمويل الفيدرالى لخدمات الأمومة والطفولة ومختبرات الصحة العامة وغيرها من برامج الصحة العامة الأساسية. وخلال قيامها بذلك تنازلت الولايات عن بعض من استقلاليتها فى المسائل

الصحية. حيث أصبحت الأولويات وعلى نحو متزايد تفرض بواسطة المنح الفيدرالية المقصورة على برامج وخدمات محددة سلفاً. ومن العدل القول بأن علاقة المانح بالممنوح لم تكن مرضية فى أى وقت من الأوقات لكلا الطرفين وتقترح النتائج فى مجالات السياسة الصحية والرعاية الاجتماعية والتعليم والبيئية إمكانية وجود أطر عملية أفضل.

وتمتلك الولايات الصلاحية النهائية فى إيجاد الوحدات الفرعية السياسية التى تقدم خدمات متنوعة للمقيمين فى دائرة قضائية معينة. وبهذا الأسلوب أنشئت الأقاليم والمدن وغيرها من أشكال التنظيمات البلدية مثل البلدات والنواحى والدوائر وما شابهها. كما كثرت أيضاً المناطق ذات الأغراض الخاصة لكل غرض ممكن تخيله من الخدمات المكتبية إلى السيطرة على البعوض وخدمات الطوارئ الطبية والتعليم. وقد تم ترسيخ السلطات المفوضة أو المزودة لجميع هذه السلطات المحلية من قبل السلطة التشريعية فى الولاية للصحة والأغراض الأخرى. وعلى الرغم من أن إدارات الصحة فى المدن الكبيرة قد تأسست قبل إنشاء المؤسسات الصحية فى ولايات تلك المدن إلا أن للولايات مطلق الحرية فى أن تستخدم أساليب مختلفة لتنظيم أدوار الصحة العامة على المستوى المحلى. وبسبب أن الولايات تستخدم أسلوب الإقليم لتقسيم الولاية أصبحت الأقاليم بمنزلة السلطة الحكومية المحلية الرئيسية التى تقوم بأدوار صحية بعد عام ١٩٠٠م.

وتمنح دساتير وقوانين الولايات للحكومات المحلية الصلاحية للتأثير على الصحة. وتأتى هذه الصلاحية فى أحد الشكلين التاليين: تلك المسئوليات الخاصة بالولاية والتى يتم تفويضها تحديداً للحكومات المحلية والصلاحيات الإضافية المسموح بها من خلال سلطات الحكم الذاتى. وتتيح خيارات الحكم الذاتى للسلطات المحلية أن تسن القوانين الأساسية المحلية وأن تحصل على صلاحيات وسلطات إضافية مثل القدرة على جباية الضرائب لتمويل خدمات وأنشطة الصحة العامة المحلية.

وتقوم الأقاليم بصفة عامة بتنفيذ المهام المفوضة لها من قبل الولاية. ويستخدم أكثر من ثلثى الأقاليم فى الولايات المتحدة مفوضية الإقليم (county commission) كشكل للحكومة بوجود من ٢ إلى ٥٠ مفوضاً منتخباً للإقليم (و يطلق على هؤلاء المفوضين ألقاب مشرفين وقضاة وغيرها من الألقاب)[٢]. ويتولى هؤلاء المفوضون وظائف فى كل من الهيئة التشريعية والهيئة التنفيذية على الرغم من اشتراكهم فى الصلاحيات الإدارية مع غيرهم من الرسميين المنتخبين محلياً مثل كتبة الإقليم ومقدرى الضرائب وأمناء الخزانة والمدعين العامين والعمد والمحققين فى أسباب الوفيات. ويوجد فى بعض الأقاليم،

وخاصة تلك المأهولة بالسكان، مدير للإقليم مسئول من قبل المفوضين المنتخبين ويوجد فى عدد قليل من الأقاليم (أقل من ٥٪) مدير تنفيذى منتخب. ويملك المديرون التنفيذيون المنتخبون فى الغالب حق النقض على قرارات الهيئة التشريعية فى الإقليم. وتكون احتمالية وجود مدير تنفيذى منتخب فى الأقاليم المتمتعة بالحكم الذاتى أكثر من الأقاليم الأخرى.

تعتبر الحكومات المحلية فى مدن الولايات المتحدة الأمريكية من أول القادمين إلى أنشطة الصحة العامة كما سبقت الإشارة إليه فى الفصل الأول. وتبقى المؤسسات الصحية فى المدن الكبيرة قوى مهمة فى نظام الصحة العامة فى الولايات المتحدة. ولكن وبعد أن دخلت الولايات وبشكل مكثف بعد عام ١٨٧٥م تقريباً بدأ الدور النسبى للحكومات البلدية فى الانحسار. وقد كانت كل من حكومات الولايات والحكومات المحلية مغرقة بالسيولة المادية نتيجة لتوافر التمويل الفيدرالى مقارنة بمواردها الذاتية، حيث وجدت تلك الحكومات أن الحصول على ما يمكن الحصول عليه من الحكومة الفيدرالية هو أسهل من تحصيل دخولها الذاتية لتمويل الخدمات المطلوبة.

وقد عملت العديد من العوامل على تغيير العلاقات الأولية بين المستويات الثلاثة للحكومة فيما يتعلق بالأدوار الصحية. وتشتمل هذه العوامل على ما يلى:

- التوسع التدريجى ونضج الحكومة الفيدرالية.
- الزيادة المذهلة فى عدد الولايات الجديدة والاختلاف فى درجة نضج حكومات الولايات.
- النمو السكانى والتحولات السكانية عبر الزمن.
- قدرة الحكومات على اختلاف مستوياتها على زيادة دخولها بشكل يتناسب مع تزايد احتياجاتها.
- تطور العلم والتكنولوجيا كأدوات لتلبية احتياجات الصحة العامة والرعاية الطبية.
- النمو السريع فى اقتصاد الولايات المتحدة.
- تطلعات واحتياجات المجتمع الأمريكى لخدمات متنوعة من حكومتة[٣، ٤].

وربما يعتبر الأخير من تلك العوامل هو أكثرها أهمية. خلال الـ ١٥٠ سنة الأولى من تاريخ الولايات المتحدة كانت هناك توقعات قليلة بأن تتدخل الحكومة الفيدرالية لتلبية الاحتياجات الصحية والرعاية الاجتماعية لمواطنيها. ولكن الحاجة الكبيرة والاضطراب

الاقتصادى الذى نتج عن سنوات الكساد العظيم (Great Depression) حولت بشكل كبير هذه القيمة الاجتماعية التى سيطرت لفترة طويلة من الزمن، حيث بدا الأمريكيون فى اللجوء للحكومة للمساعدة فى تلبية الاحتياجات الحالية والتعامل مع التطورات المستقبلية غير المضمونة.

وقد نشأت شبكة الصحة العامة المعقدة الحالية على نحو بطىء، مع وجود تحولات مختلفة عديدة فى الأدوار النسبية والتأثير. وقد لعبت الاعتبارات الاقتصادية والتوقعات الاجتماعية، حيث وصل كلاهما إلى نقطة تحول مهمة فى الثلاثينيات الميلادية، دوراً مهماً فى تشكيل دور الحكومة الفيدرالية فى بقية سنوات القرن العشرين. وبصفة عامة كانت السلطة والتأثير فى البداية فى أعلى درجاتهما فى المستوى المحلى واستمر الوضع على هذا النحو حتى بدأت الولايات فى تطوير وسائلها الخاصة للقيام بأدوارها فى تنظيم المجتمع والرعاية الاجتماعية. حيث قامت الولايات فى ذلك الوقت بدور اللاعب الرئيسى لتلك الأدوار الصحية حتى بدأت الحكومة الفيدرالية باستخدام الإمكانية التى وفرتها مواردها الضخمة لتلبية تطلعات المجتمع المتغيرة فى الثلاثينيات الميلادية. حيث عملت برامج المنح الفيدرالية للصحة العامة ومن ثم لبرامج خدمات الرعاية الصحية الشخصية على توجيه أفعال الولايات وخاصة بعد الستينيات الميلادية. وفى ذلك الوقت بالتحديد استهدفت عدداً من برامج الخدمات الصحية والاجتماعية الفيدرالية الجديدة وعلى نحو مباشر الحكومات المحلية متجاوزة بذلك حكومات الولايات. وفى نفس الوقت نشأت علاقة تعاون مشتركة جديدة بين الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات لمعالجة مشكلة حاجة المعوزين للرعاية الطبية وتمثلت علاقة التعاون المشترك فى قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين والذى صدر نتيجة لاهتمام السياسة القومية بالوضع الطبى المأساوى للمعوزين.

وقد أدت التحولات السياسية والفلسفية منذ عام ١٩٨٠م تقريباً إلى تغيير فى الأدوار مرة أخرى. حيث استمر الجدل حول الدور الفيدرالى مقابل الأدوار التى تلعبها الولايات طوال حقبة الثمانينيات والتسعينيات الميلادية من القرن العشرين على الرغم من أن المؤشرات الحالية تقترح بأنه من المرجح أن يستمر التناقص فى تأثير الحكومة الفيدرالية والزيادة فى تأثير حكومات الولايات فى المدى القصير. وعلى الرغم من ذلك إلا أن الحكومة الفيدرالية لاتزال تملك قدرة لا يستهان بها للتأثير فى النظام الصحى من خلال سلطة التمويل المالى بالإضافة إلى أدوارها فى مجالات الأبحاث وإصدار القوانين والمساعدة الفنية والتدريب.

القانون والصحة العامة:

تكمن إحدى القوى الرئيسية المنظمة للصحة العامة فى النظام القانونى. وهناك العديد من الأغراض للقانون فى العالم الحديث ومعظم تلك الأغراض تبدو واضحة فى قوانين الصحة العامة. ولكن مع الأسف لا يوجد مستودع واحد يمكن أن نجد فيه كل مجموعة القوانين أو حتى مجموعة قوانين الصحة العامة. ويرجع السبب فى ذلك إلى أن القوانين هى منتجات للنظام القانونى والذى يضم فى الولايات المتحدة نظامًا قانونيًا فيدراليًا و٥٠ نظامًا قانونيًا منفصلاً للولايات. وقد تطورت تلك الأنظمة فى أوقات زمنية مختلفة استجابة لظروف وقضايا مختلفة بعض الشيء. وتشترك تلك الأنظمة فى وجود شكل معين من دستور الولاية وعدد كبير من التشريعات ومجموعة ضخمة من الأحكام القضائية. وإذا كان هناك خريطة إرشادية لهذه المتاهة فإنها تكمن فى الدستور الاتحادى ودساتير الولايات والتى توفر الإطار الأساسى الذى يوزع السلطات الحكومية بين فروع الحكومة المختلفة بطريقة تمكن كل فرع بأن يسن قوانينه الخاصة به.

ونتيجة لذلك يمكن التمييز بين أربعة أنواع مختلفة من القانون استنادًا إلى صيغها وصلاحيتها:

١- القانون المبنى على الدستور.

٢- القانون الصادر عن السلطة التشريعية.

٣- القانون المبنى على القرارات الصادرة من السلطات الإدارية.

٤- القانون المبنى على السوابق القضائية.

ولايزال هذا الإطار يتيح مرونة للتفسير والإشراف القضائى. وفيما يلى وصفٌ لكل نوع من هذه القوانين.

أنواع القانون:

يستمد القانون الدستورى على نحو أساسى من دستور الولايات المتحدة (the U.S. Constitution) وهو بمنزلة الأساس القانونى للأمة والذى تم فيه تحديد السلطات ومهام وحدود الحكومة الفيدرالية. وبشكل مبسط تنازلت الولايات عن بعض السلطات (الدفاع والسياسة الخارجية وإصدار النقود إلخ) متخلية بذلك عن تلك السلطات للحكومة الفيدرالية ومحتفظة فى نفس الوقت بجميع السلطات والمهام الأخرى. ولا تعتبر الصحة من ضمن تلك السلطات الممنوحة للحكومة الفيدرالية. كما تضمن الدستور الفيدرالى أيضًا ميثاق

الحقوق (Bill of Rights) الذى قصد به حماية حقوق الأفراد من أن تنتهك من قبل حكومتهم. وفى المقابل قامت الولايات بصياغة دساتيرها الخاصة بها محاكية فى الغالب الإطار الفيدرالى بالرغم أن دساتير الولايات تبدو أكثر وضوحاً وتحديداً فى لغاتها تاركة بذلك المجال والحاجة محدودتين للتفسير القضائى. وتوفر دساتير الولايات أطراً واسعة تمكن الولايات من تحديد أى الأنشطة سوف تباشر والكيفية التى سوف يتم بموجبها تنظيم وتمويل تلك الأنشطة. وتأتى هذه القرارات والأفعال فى شكل قوانين تشريعية للولاية. وتمثل هذه المجموعة من القوانين نطاقاً واسعاً من خيارات السياسة الحكومية والتى تشمل:

- تعبيرات تفضيلية مبسطة تصب فى صالح سياسة أو خدمة معينة (مثل أهمية الزيارات المنزلية من قبل ممرضات الصحة العامة).
- إقرار برامج معينة (مثل تفويض الحكومات المحلية صلاحية الترخيص للمطاعم).
- الأوامر الرسمية أو الشروط الأساسية التى تؤدى إلى ظهور نشاط ما أو فى المقابل حظره (مثل اشتراط فحص جميع حديثى الولادة للبحث عن وجود الأمراض الاستقلابية (metabolic diseases) أو حظر التدخين فى المرافق العامة).
- توفير الموارد لأغراض معينة (مثل توزيع الأدوية على مرضى متلازمة نقص المناعة المكتسب (AIDS)).

وإذا وجدت النية التشريعية لحدوث شىء ما فإن أكثر الأساليب فعالية بصفة عامة هى تلك التى تفرض أو تحظر نشاطاً ما.

والمطلب الأساسى الذى يجب أن يتوافر فى القوانين التشريعية هو أن تنسجم تلك القوانين مع دستور الولايات المتحدة (the U.S. Constitution) وبالنسبة للقوانين التشريعية فى الولايات والمحليات، فإنه يجب أن تنسجم مع دساتير تلك الولايات كذلك. كما تقوم قوانين الولايات أيضاً بإنشاء الوحدات الفرعية المختلفة فى الولاية وتحدد مسئولياتها لتنفيذ الأوامر الرسمية للولاية كما أنها تضع حدوداً لما يمكن لتلك الوحدات أن تقوم به. وعلى المستوى المحلى، تقوم الهيئات التشريعية لتلك الوحدات (مثل مجلس المدينة ومجالس الأقاليم) بسن قوانين محلية وتشريعات تحدد مهام وصلاحيات الحكومة المحلية ومؤسساتها. وتصدر القوانين المؤثرة فى الصحة العامة فى جميع مستويات هذا التسلسل الهرمى وخاصة على مستوى الولاية والمستويات المحلية. ومن الأغراض الأخرى

لتلك القوانين هى قيامها بتأسيس المجالس الصحية وإدارات الصحة على مستوى الولاية وعلى المستويات المحلية وتحدد مسئولية تلك المؤسسات والتى تشمل البرامج والميزانيات وصلاحية اللوائح والضوابط المرتبطة بالصحة. ويتم فرض وتطبيق العديد من تلك القوانين من قبل المؤسسات الحكومية.

القانون الإدارى هو ذلك القانون التى يسن وينشر من قبل المؤسسات أو الهيئات الإدارية داخل الفرع التنفيذى من الحكومة. وبدلاً من سن تشريعات تحتوى على تفاصيل مكثفة ذات طبيعة تقنية أو مهنية ولتوفير مرونة أكبر فى مضامينها والتعديلات اللاحقة المحتملة، تمنح المؤسسات الإدارية صلاحية سن القوانين من خلال عمليات وضع اللوائح (rule-making processes). وتحمل هذه اللوائح أو القوانين الإدارية نفس قوة القانون وتمثل وضعًا فريداً من حيث إن السلطات التشريعية والتنفيذية والقضائية المرتبطة بها تمارس من قبل مؤسسة واحدة. وتشمل المؤسسات الإدارية على إدارات ذات حقائب وزارية وكذلك على مجالس ومفوضيات وما شابهها وتمنح سلطة وضع اللوائح من خلال القوانين الصادرة عن الهيئة التشريعية. وسوف يقوم ملحق (٤-أ) بإلقاء الضوء على القانون الإدارى نظرًا لأهميته وتأثيره على أفعال الصحة العامة.

النوع الرابع من القانون هو القانون القضائى، والذى يعرف أيضًا بالقانون العادى (common law). ويشتمل هذا القانون على مجموعة واسعة من التقاليد والأعراف القانونية والسوابق القضائية الصادرة عن المحاكم الفيدرالية ومحاكم الولايات. ولضمان العدالة والاتساق تستخدم السوابق القضائية بوصفها مرشداً فى الحكم فى المنازعات المماثلة. ويصبح هذا النوع من القانون مهمًا وخاصة فى الجوانب التى لم يتم تنظيمها بعد من قبل الهيئات التشريعية. وفى الصحة العامة تعتبر الأضرار (مثل الأوضاع غير الصحية والمواد الضارة بالصحة أو تلك التى تشكل خطراً على الصحة) مثالاً على تلك الجوانب حيث قامت هيئات تشريعية قليلة بتحديد، ما يعتبر وما لا يعتبر ضرراً على الصحة العامة، وذلك على نحو دقيق. وفى هذه الحالة يستمد القانون العادى المتعلق بالضرر من الأحكام القضائية السابقة. وتحدد هذه الأحكام الظروف والمبررات التى تخول لأحد ممثلى الصحة العامة الرسميين بأن يقوم بفعلٍ ما والأفعال المتاحة له فى ظل تلك الظروف والمبررات.

أغراض قانون الصحة العامة:

يمكن وصف غرضين رئيسيين لقانون الصحة العامة: حماية وتعزيز الصحة وضمان حماية حقوق الأفراد فى الإجراءات المستخدمة لحماية وتعزيز الصحة. وتستمد سلطات الصحة العامة بشكل أساسى من الدستور الأمريكى والذى يمنح الصلاحية لتنظيم التجارة وتحقيق الصالح العام وتشكل دساتير الولايات المختلفة والتى عادة تمنح صلاحيات واضحة ولكنها واسعة مبنية على سلطة الولاية فى تنظيم المجتمع. وفى الغالب يتوافر لدى الولايات قوانين للصحة العامة محددة بشكل جيد نسبيًا. ولكن يوجد تفاوت كبير فى مضامينها ونطاقها على الرغم من التشابه فى مصادر السلطة الأساسية والصلاحيات.

وتسن وتطبق العديد من قوانين الصحة العامة تحت مظلة ما يعرف بـ "سلطة تنظيم المجتمع" الخاصة بالولاية (the state's police power). وسلطة تنظيم المجتمع هى مفهوم واسع يشمل الوظائف التى كانت تاريخًا تؤدى من قبل الحكومات لحماية الصحة والسلامة والرفاهية والصالح العام لمواطنيها. وهناك مجموعة واسعة من القوانين المستمدة من سلطة الولاية فى تنظيم المجتمع وهى واحدة من أقل السلطات محدودية من بين جميع السلطات الحكومية. ومن الممكن أن يعهد بسلطة تنظيم المجتمع الخاصة بالولاية إلى مؤسسة إدارية مثل مؤسسة الصحة التابعة للولاية والتى تصبح بذلك مسئولة عن الأسلوب التى يتم به تنفيذ تلك المهام. وفى مثل هذه الأحوال يصبح استخدام سلطة تنظيم المجتمع من قبل تلك المؤسسة واجبًا وليس خياراً، على الرغم من أن الكيفية التى تستخدم بها السلطة متروكة إلى حرية المستخدم.

وقد درجت المحاكم على تأييد القوانين التى يبدو أنها تحد بقوة أو تقيد حريات الأفراد عندما ترى المحكمة أن تلك القوانين معقولة وليست محاولات اعتباطية وغير مبررة لتحقيق غايات الحكومة. ولكن سلطة الولاية فى تنظيم المجتمع ليست مطلقة. فالتدخل فى حريات الأفراد وسلب الملكية الخاصة هما بمنزلة اعتبارات يجب أن تؤخذ فى الحسبان وتوازن على أساس كل حالة على حدة. ومن المسائل المثيرة للجدل هى ما إذا كانت المصلحة العامة فى تحقيق هدف من أهداف الصحة العامة تفوق فى أهميتها المصلحة العامة فى حماية الحريات المدنية. وبصفة عامة صمدت قوانين الصحة العامة التى تلزم بالتحصينات أو إعطاء لقاحات أمام التحديات القانونية التى تزعم بأن تلك القوانين تعد انتهاكًا لحقوق الأفراد فى اتخاذ القرارات الصحية الخاصة بهم. ومن الآراء القانونية التى نتج عنها

سابقة قضائية في هذا الشأن(٥) هو قرار المحكمة الذى أيد القانون المحلى فى ولاية ماسوشيست (Massachusetts) والذى يمنح المجالس الصحية المحلية الصلاحية فى أن تفرض إعطاء التحصينات ضد الجدرى للمقيمين إذا ما رأت تلك المجالس المحلية ضرورة ذلك. وتتبنى مثل تلك القرارات وجهة النظر القائلة بأن القوانين التى تضع المصلحة العامة قبل حقوق الأفراد المتعارضة معها هى التى يجب أن تسود المجتمع. وعلى نحو مماثل، أيدت المحاكم سلطة الولاية فى أن تستولى على ممتلكات شخص ما أو تحد من استخدام ذلك الشخص لتلك الممتلكات إذا اقتضت مصالح التجمع السكانى بأن هذا الأمر مرغوب فيه. وفى بعض الظروف لا بد من منح التعويضات الملائمة. وتعتبر القضايا المتعلقة بمصلحة التجمع السكانى والتعويضات العادلة من القضايا التى تصادف بكثرة عند التعامل مع الضرر على الصحة العامة عندما يتم اكتشاف أن الملكية الخاصة لشخص ما من الممكن أن تكون مضرة بالآخرين.

وقد أوجدت الأشكال المختلفة من القانون والطبيعة المتغيرة للعلاقات بين المستويات الثلاثة للحكومة خليطًا من قوانين الصحة العامة. وعلى الرغم من المحدودية النسبية لسلطاتها الدستورية، يمكن لأفعال الحكومة الفيدرالية أن تكون لها الأولوية على أفعال حكومات الولايات والحكومات المحلية عندما تتدخل فى تقنين جوانب رئيسية فى الصحة العامة تتعلق بالتجارة والسيطرة على الأمراض المعدية. كما تملك الولايات الصلاحية أيضًا فى أن تكون لتصرفاتها الأولوية على تصرفات الحكومة المحلية فى جميع جوانب نشاط الصحة العامة تقريبًا. وعلى الرغم من أن هذا الإطار القانونى يسمح بتحديد واضح ومنطقى للصلاحيات والمسئوليات إلا أنه قد برزت مجموعة متنوعة من التنظيمات المختلفة. حيث إنه، وعلى نحو متكرر، يختار المستوى الأعلى من الحكومة بأن لا يمارس صلاحيته كاملة ويحول تلك الصلاحية للمستوى الحكومى الأدنى. ويتم ذلك فى بعض الأحيان من خلال التفويض أو الاشتراط وفى أحيان أخرى من خلال التفويض (باستخدام الحوافز) للمستوى الحكومى الأدنى بممارسة صلاحيات المستوى الأعلى. وخلق هذا الوضع مجموعة معقدة من العلاقات بين المستويات الثلاثة للحكومة وسمح لخمسين نوعًا من هذه الصيغة بأن تمارس فى الخمسين ولاية. وسوف تبدو هذه العلاقات وأثرها على شكل وتنظيم مؤسسات الصحة العامة الحكومية واضحة فى الأجزاء اللاحقة من هذا الفصل.

هناك العديد من الانتقادات الموجهة للأساس القانونى للصحة العامة فى الولايات المتحدة. ومن الانتقادات الشائعة ذلك الذى يقول ببساطة بأن قانون الصحة العامة، وعلى عكس القوانين الأخرى المؤثرة فى المجتمع، لم يواكب التغيرات الشاملة والسريعة فى مجال التكنولوجيا المؤثرة فى الصحة. وتسن القوانين فى أوقات مختلفة من الزمن استجابة لأوضاع وظروف مختلفة. ودائماً ما تسن تلك القوانين مع مراعاة بسيطة لمدى انسجامها مع التشريعات السابقة وتأثيرها الكلى على مجموعة القوانين المتعلقة بالصحة العامة. وعلى سبيل المثال، يوجد فى العديد من الولايات قوانين وأطر قانونية مختلفة تعالج أخطاراً متشابهة مثل الأمراض المعدية العامة والأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسى والإصابات بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV). كما أن النصوص القانونية الخاصة بالسرية والخصوصية، والتى ترجع جذورها التاريخية إلى القسم فى يمين أبقراط (Hippocratic oath) الذى يحلفه الأطباء فى حفل تخرجهم بعدم إفشاء أسرار المريض، دائماً ما تكون متضاربة بين قانون وآخر. كما أن النصوص القانونية المتعلقة بتطبيق تلك القوانين مختلفة أيضاً. وإضافة إلى ذلك، تعانى قوانين الصحة العامة دائماً عدم وجود بيانات واضحة بالغرض أو الرسالة ومن عدم ربطها بالوظائف الأساسية للصحة العامة وبخدمات الصحة العامة الحيوية.

وعطفاً على هذه الانتقادات طرحت بعض التوصيات التى تنادى بالفحص الدقيق والشامل وإعادة صياغة قانون الصحة العامة. وعادة ما تنادى التوصيات الرامية لتحسين قوانين الصحة العامة بما يلى:

- ارتباط أقوى بالرسالة الشاملة للصحة العامة ووظائفها الرئيسية.
- هيكل موحد للبرامج والخدمات المتشابهة.
- مراجعة النصوص القانونية المتعلقة بالسرية وجعلها أكثر انسجاماً.
- توضيح مسئوليات سلطة تنظيم المجتمع لكى تتعامل مع الأخطار والتهديدات الصحية غير العادية.
- زيادة التأكيد على اللجوء إلى أقل السبل الضرورية تقييداً للحريات الفردية لتحقيق أغراض القانون من خلال استخدام العقوبات والوسائل القسرية التى أثبتت فعاليتها.
- تطبيق أكثر عدلاً وثباتاً للقوانين والممارسات الإدارية.

وعلى الرغم من أن تلك التوصيات قد طرحت منذ عدة عقود من الزمن إلا أنه لم يتم إحراز سوى تقدم ضئيل على المستوى الفيدرالى أو مستوى الولايات. وفى بعض

الأحيان، سعت الولايات لإعادة صياغة قوانين الصحة العامة عن طريق استبدال مواقع تلك القوانين فى السجلات القانونية بدلاً من معالجة القضايا الرئيسية الخاصة بمراجعة نطاق وتوزيع المسئوليات المتعلقة بالصحة العامة على النحو الذى يجعل تلك المسئوليات محددة بوضوح وموزعة بين المستويات الحكومية المختلفة. ودائمًا ما يساعد تعقد قانون الصحة العامة على توجيه التشغيل الداخلى لمؤسسات الصحة العامة الفيدرالية وعلى مستوى الولايات والمحليات. وسوف نتحدث الآن عن الشكل والهيكل التنظيمى لتلك المؤسسات.

الصحة العامة الحكومية:

المؤسسات الصحية الفيدرالية:

تعتبر مصلحة الصحة العامة الأمريكية (The U.S. Public Health Service) مركزًا للاهتمامات الصحية على المستوى القومى. وعلى الرغم من أنه كانت هناك عمليات إعادة تنظيم متكررة ومؤثرة على هيكل مصلحة الصحة العامة الأمريكية وعلى موقعها ضمن وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (Department of Health and Human Services) الضخمة، تعد عملية إعادة الهيكلة المنجزة فى عام ١٩٩٦ من أبرز عمليات إعادة الهيكلة التى شهدتها المصلحة فى العقود الحديثة. وتمت تلك التغييرات باعتبارها جزءًا من مبادرة إعادة اكتشاف الحكومة (Reinvention of Government Initiative) التى تبنتها الحكومة الفيدرالية لجلب الخبرات فى الصحة العامة والعلوم على نحو أقرب لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية. وتم خلال عملية إعادة الهيكلة هذه إلغاء خط السلطة الذى كان يربط مساعد وزير الصحة والخدمات الإنسانية لشئون الصحة (Assistant Secretary for Health) بالهيئات المختلفة ضمن مصلحة الصحة العامة لتصبح تلك الهيئات مرتبطة ارتباطًا مباشرًا بوزير الصحة والخدمات الإنسانية (Secretary of Health and Human Services) كما هو موضح فى الشكل (٤-١). كما أصبح مساعد وزير الصحة والخدمات الإنسانية لشئون الصحة رئيسا لدائرة الصحة العامة والعلوم (the Office of Public Health and Sciences)، وهو قسم جديد يرتبط مباشرة بوزير الصحة والخدمات الإنسانية ويشمل أيضًا على مكتب كبير الأطباء (the Office of the Surgeon General). كما أصبحت كل من الهيئات التابعة فى السابق إلى مصلحة الصحة العامة أقسامًا تشغيلية متكاملة ضمن وزارة الصحة والخدمات الإنسانية. وبالتالى

أصبحت مصلحة الصحة العامة مكونة من تلك الأقسام التشغيلية ودائرة الصحة العامة والعلوم والمديرين الإقليميين للصحة للمناطق الفيدرالية العشرة فى الولايات المتحدة. ومن الناحية العملية، أصبحت مصلحة الصحة العامة وحدة وظيفية فى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بدلاً من كونها وحدة تنظيمية.

وتتولى هيئات مصلحة الصحة العامة نطاقًا واسعًا من أنشطة الصحة العامة تتراوح من البحوث والتدريب إلى الرعاية الأولية والحماية الصحية كما هو مبين فى توضيح (٤-١). وتشمل الهيئات الرئيسية لمصلحة الصحة العامة على:

- إدارة الموارد والخدمات الصحية (Health Resources and Services Administration (HRSA)).

- مصلحة صحة الهنود الحمر (Indian Health Service (IHS)).

- مراكز السيطرة والوقاية من المرض (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)).

- معاهد الصحة الوطنية (National Institutes of Health (NIH)).

- إدارة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration (FDA)).

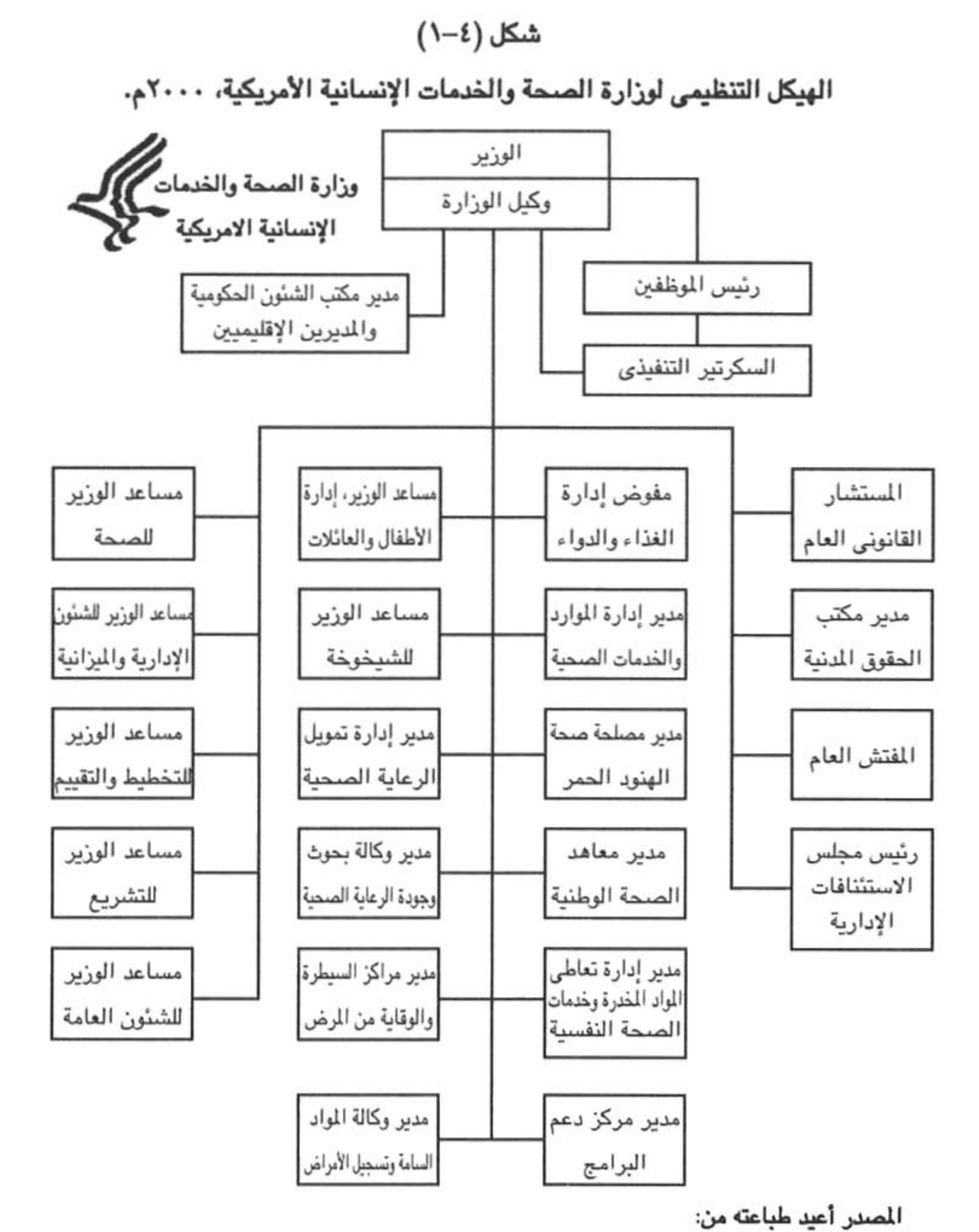
- إدارة تعاطى المواد المخدرة وخدمات الصحة النفسية (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

- وكالة المواد السامة وتسجيل الأمراض (Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR)).

- وكالة بحوث وجودة الرعاية الصحية Agency for Health care Research and Quality (AHRQ)).

شكل (٤-١)

الهيكل التنظيمى لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، ٢٠٠٠م.



المصدر أعيد طباعته من:

The U.S. Department of Health and Human Services, 2000.

وتمثل هيئات مصلحة الصحة العامة جزءاً صغيراً من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية. وتشتمل الأقسام التشغيلية الأخرى المهمة فى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية على إدارة الأطفال والعائلات (Administration for Children and Families) وإدارة تمويل الرعاية الصحية (Health Care Financing Administration) ومكتب مساعد الوزير للشيخوخة (the Office of Assistant Secretary for Aging) إضافة إلى ذلك، فهناك العديد من الوحدات الإدارية المساعدة داخل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية للإدارة والميزانية والشئون الحكومية والاستشارات القانونية والحقوق المدنية والمفتش العام والاستئناف الإدارى والشئون العامة والتشريع والتخطيط والتقويم.

وبالإضافة إلى المسئوليات المناطة إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية تم تفويض المسئوليات الصحية إلى عدد من الهيئات الفيدرالية والتى تشمل وكالة حماية البيئة (Environmental Protection Agency) الفيدرالية ووزارت التعليم والزراعة والدفاع والمواصلات وشئون المحاربين القدامى (Veterans Affairs) على سبيل التمثيل لا الحصر. ويجب أن لا يقلل من أهمية بعض هذه الهيئات الفيدرالية عطفاً على مستوى ونسبة الموارد المسخرة للأغراض الصحية. وتعتبر الهيئات ذات الأغراض الصحية على المستوى الفيدرالى بمنزلة ظاهرة حديثة. حيث إن مصلحة الصحة العامة نفسها قد ظلت كوحدة فى وزارة المالية (the Treasury Department) حتى عام ١٩٤٤م كما أن الحقيبة الوزارية الأولى لوكالة للخدمات الإنسانية على المستوى الفيدرالى من أى نوع كانت هى وكالة الأمن الفيدرالى (Federal Security Agency) فى عام ١٩٣٩م. وتوضح هذه الحقائق التاريخية أن السلطات والصلاحيات الفيدرالية فى الصحة بوجه عام والصحة العامة بشكل خاص تعتبر ظاهرة حديثة نسبياً فى تاريخ الولايات المتحدة. ويوثق تاريخ مراكز السيطرة والوقاية من المرض فى توضيح (٤-٢) هذا الزعم على نحو أشمل واصفاً التوسع الفيدرالى فى كل من ممارسة الصحة العامة التقليدية والحديثة.

توضيح (٤-١)
الوكالات التابعة لمصلحة الصحة العامة الأمريكية

إدارة الموارد والخدمات الصحية	تساعد إدارة الموارد والخدمات الصحية على توفير الموارد الصحية للفئات السكانية المخدومة بشكل أقل طبيًا. وتشتمل الوحدات التشغيلية لإدارة الموارد والخدمات الصحية على مكتب الرعاية الأولية (the Bureau of Primary Care) وعلى دائرة المهن الصحية (the Bureau of Health Professions) ومكتب الأمومة والطفولة (Maternal and Child Bureau) ومكتب فيروس نقص المناعة المكتسبة والإيدز (HIV/AIDS Bureau). كما تشرف الإدارة على شبكة وطنية تضم ٦٤٣ مركزًا صحيًا يخدم التجمعات السكانية والمهاجرين بالإضافة إلى ١٤٤ برنامجًا للرعاية الأولية للمشردين والمقيمين فى مشاريع الإسكان العامة وتخدم تلك المراكز والبرامج الصحية ٨,١ مليون أمريكى كل سنة. كما تعمل إدارة الموارد والخدمات الصحية على تأهيل الأيدى العاملة فى مجال الرعاية الصحية وعلى استمرارية فيالق الخدمة الصحية الوطنية (National Health Service Corps). كما توفر الإدارة الخدمات للمصابين بالإيدز من خلال برامج قانون راين وايت (the Ryan White Act). وتشرف الإدارة على نظام زراعة الأعضاء وتعمل على خفض وفيات الأطفال وتحسين صحة الأمهات والأطفال. وقد تأسست إدارة الموارد والخدمات الصحية فى عام ١٩٨٢م من خلال دمج عدة برامج قائمة. ويعمل فى الإدارة ٢,١٠٠ موظف ومقرها الرئيسى فى مدينة روكفيل فى ولاية ماديسون (Rockville, MD).
مصلحة صحة الهنود الحمر	تقوم مصلحة صحة الهنود الحمر بتشغيل ٣٧ مستشفى و٦٠ مركزًا صحيًا و٣ مراكز صحية مدرسية و٤٦ محطة صحية. كما تقوم بتقديم المساعدة إلى ٣٤ مركزًا صحيًا حضريًا للهنود الحمر. وتشمل خدمات المصلحة حوالى ١,٥ مليون من الهنود الحمر الأمريكيين (American Indians) وسكان ولاية ألاسكا الأصليين (Alaska Natives) يمثلون ٥٥٧ قبيلة معترفًا بها فيدراليًا ومن خلال قوى عاملة تبلغ حوالى ١٤,٥٠٠ موظف بالإضافة إلى القوى العاملة فى المراكز الصحية القبلية الحضرية والتى تبلغ حوالى ١٠,٠٠٠ موظف. وهناك سنويًا حوالى ٩٠,٠٠٠ حالة دخول للمستشفى و٧ مليون زيارة للعيادات الخارجية و٤ مليون اتصال بين الممثلين الصحيين فى التجمعات السكانية والمستفيدين من تلك الخدمات و٢,٤ مليون خدمة أسنان. وقد تأسست مصلحة صحة الهنود الحمر فى عام ١٩٢٤م وقد تحول هدفها الأساسى من وزارة الداخلية (the Interior Department) فى عام ١٩٥٥م. ويقع مقر المصلحة الرئيسى فى مدينة روكفيل فى ولاية ماديسون (Rockville, MD).

تابع - توضيح (٤-١):

مراكز السيطرة والوقاية من المرض	توفر مراكز السيطرة والوقاية من المرض بالتعاون مع الولايات وغيرهم من الشركاء نظامًا للمراقبة الصحية لمتابعة تفشى الأمراض والوقاية منها وجمع الإحصاءات الصحية الوطنية. كما تقدم مراكز السيطرة والوقاية من المرض خدمات التحصين والدعم للأبحاث فى مجال الوقاية من الإصابة والمرض والحماية من الانتشار العالمى للأمراض من خلال العاملين المتواجدين فى أكثر من ٢٥ دولة أجنبية. وقد تأسست مراكز السيطرة والوقاية من المرض فى عام ١٩٤٦م (انظر توضيح ٤-٢) ويقع مقرها الرئيسى فى مدينة أطلانطا بولاية جورجيا (Atlanta, GA). و يعمل فى مراكز السيطرة والوقاية من المرض ٧,١٠٠ موظف.
معاهد الصحة الوطنية	تعتبر معاهد الصحة الوطنية أقدم منظمة فى العالم للأبحاث الطبية وتقدم الدعم لحوالى ٣٥,٠٠٠ مشروع بحثى على المستوى الوطنى فى أمراض السرطان والخرف (Alzheimer's) والسكر والتهاب المفاصل وأمراض القلب والإيدز (AIDS). وعلى الرغم من أن الغالبية العظمى من موارد معاهد الصحة الوطنية تنفق لتبنى أبحاث تقوم بها جهات خارجية إلا أن هناك برنامجًا داخليًا ضخمًا للأبحاث. وتضم معاهد الصحة الوطنية ١٧ معهدًا وطنيًا منفصلاً منها المركز الوطنى للطب التكميلى والبديل (the National Center for Complementary and Alternative Medicine) والمكتبة الوطنية للطب (the National Library of Medicine) والمركز الوطنى لأبحاث الجين البشرى (the National Center for Human Genome Research). وقد تأسست معاهد الصحة الوطنية فى عام ١٨٨٧م تحت مسمى المعمل الصحى (Hygienic Laboratory). ويقع المركز الرئيسى لمعاهد الصحة الوطنية فى مدينة بثسيدا فى ولاية ماديسون (Bethesda, MD) ويعمل بها حوالى ١٦,٠٠٠ موظف.
إدارة الغذاء والدواء	تعمل إدارة الغذاء والدواء على ضمان سلامة الأغذية ومستحضرات التجميل وعلى سلامة وفعالية المستحضرات الصيدلية والبيولوجية والأجهزة الطبية. وتمثل هذه المنتجات مجتمعة ٢٥ سنتًا من كل دولار ينفقه المستهلكون الأمريكيون. وأنشئت إدارة الغذاء والدواء فى عام ١٩٠٦م ويقع مقرها الرئيسى فى مدينة روكفيل فى ولاية ماديسون (Rockville, MD) ويعمل بها ٩,٥٠٠ موظف.

تابع – توضيح (٤-١):

إدارة تعاطى المواد المخدرة وخدمات الصحة النفسية	تعمل إدارة تعاطى المواد المخدرة وخدمات الصحة النفسية على تحسين جودة وتوافر خدمات الوقاية من تعاطى المواد المخدرة وعلاج الإدمان والصحة النفسية. وتؤدى الإدارة مهامها من خلال ثلاثة مراكز: مركز خدمات الصحة النفسية (the Center for Mental Health Services) ومركز الوقاية من تعاطى المواد المخدرة (the Center for Substance Abuse Prevention) ومركز علاج تعاطى المواد المخدرة (the Center for Substance Abuse Treatment). وتقوم إدارة تعاطى المواد المخدرة وخدمات الصحة النفسية بتقديم التمويل للولايات من خلال المنح المخصصة لتقديم الخدمات المباشرة فى مجال تعاطى المخدرات والصحة النفسية والتى تشمل علاج أكثر من ٣٤٠,٠٠٠ أمريكى يعانون مشكلات خطيرة نتيجة لتعاطى المخدرات. كما تساعد الإدارة على تحسين العلاج من تعاطى المخدرات من خلال برنامج المنح الخاص بها والذى يعرف بتطوير المعارف والتطبيقات (Knowledge Development and Applications) ومراقبة انتشار ومعدل حدوث تعاطى المواد المخدرة والأمراض النفسية. وقد تأسست الإدارة فى عام ١٩٧٤م ويقع مقرها الرئيسى فى مدينة روكفيل فى ولاية ماديسون (Rockville, MD) ويعمل بها حوالى ٧٠٠ موظف.
وكالة المواد السامة وتسجيل الأمراض	تسعى وكالة المواد السامة وتسجيل الأمراض بالتعاون مع الولايات وغيرها من الهيئات الفيدرالية للوقاية من التعرض للمواد الخطرة الصادرة من مواقع التخلص من النفايات. وتقوم الوكالة بإجراء تقييم للصحة العامة ودراسات صحية وأنشطة مراقبة وتدريب عن التثقيف الصحى فى التجمعات السكانية عن مواقع التخلص من النفايات الموجودة فى قائمة أولويات وكالة حماية البيئة الأمريكية. وقد استطاعت الوكالة أيضًا أن تعد مواصفات خاصة بالسموم للمواد الكيميائية الخطرة الموجودة فى تلك المواقع. وترتبط الوكالة ارتباطًا إداريًا وثيقًا بمراكز السيطرة والوقاية من المرض حيث يقع مركزها الرئيسى أيضًا فى مدينة أطلانطا بولاية جورجيا (Atlanta, GA). ويعمل بها ٤٠٠ موظف.
وكالة بحوث وجودة الرعاية الصحية	تقوم وكالة بحوث وجودة الرعاية الصحية بتقديم الدعم لأبحاث متنوعة فى مجالات أنظمة الرعاية الصحية وجودة الرعاية الطبية ومسائل التكاليف وفعالية المعالجة الطبية. وتضم الوكالة حوالى ٣٠٠ موظف ويقع مقرها الرئيسى فى مدينة روكفيل فى ولاية ماديسون (Rockville, MD). وبعد أن كان يطلق عليها سابقًا وكالة سياسات وأبحاث الرعاية الصحية (the Agency for Health Care Policy and Research)، أنشئت الوكالة فى عام ١٩٨٩م لتتولى المهام الواسعة التى كانت موكلة للهيئة التى سبقتها والتى كانت تعرف بالمركز الوطنى لأبحاث الخدمات الطبية وتقييم تقنية الرعاية الطبية (the National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment).

توضيح (٤-٢)
تاريخ مراكز السيطرة والوقاية من المرض

فى الأول من يوليو لعام ١٩٩٦م احتفلت مراكز السيطرة والوقاية من المرض (the Centers for Disease Control and Prevention)، وهى مؤسسة مرادفة للصحة العامة حول العالم، بمرور خمسين عامًا على تأسيسها. وكان مركز الأمراض المعدية (the Communicable Disease Center) قد تأسس فى مدينة أطلانطا فى ولاية جورجيا فى الأول من يوليو لعام ١٩٤٦م وكان مؤسسه الدكتور جوزيف دبليو ماونتن (Joseph W. Mountin) والذى يعتبر من قادة الصحة العامة ذوى الرؤية بعيدة المدى، يبنى أمالاً كبيرة على هذا الفرع الصغير من مصلحة الصحة العامة وغير المهم مقارنة بفروع المصلحة الأخرى فى ذلك الوقت. وقد كان المركز يحتل طابقًا واحدًا فقط من مبنى المتطوعين (Vol-unteer Building) الواقع فى شارع بيش ترى (Peachtree Street) ويضم أقل من ٤٠٠ موظف معظمهم من المهندسين والمختصين فى علم الحشرات. وحتى اليوم السابق كان هؤلاء يعملون فى السيطرة على الملاريا فى مناطق الحرب (Malaria Control in War Areas) وهى المؤسسة السابقة لمراكز السيطرة والوقاية من المرض والتى نجحت فى جعل الولايات الجنوبية الشرقية خالية من الملاريا خلال الحرب العالمية الثانية (World War II) وخالية من الحمى التيفوئيدية الفأرية (murine typhus fever) لحوالى سنة. وقد تمكنت المؤسسة الجديدة من توسيع دائرة اهتماماتها لتشمل جميع الأمراض المعدية وتصبح الخادم للولايات مقدمة المساعدة العملية كلما طلب منها ذلك.

وبعد ذلك بوقت قصير امتلأت معامل مراكز السيطرة والوقاية من المرض بالعلماء البارزين وأصبحت ولايات ودول أجنبية عديدة ترسل منسوبيها العاملين فى الصحة العامة إلى مدينة أطلانطا للتدريب. كما أصبح أى مرض استوائى يكون الناقل له حشرة وجميع الأمراض ذات الأصل الحيوانى داخل نطاق إشرافه. ولم يكن الدكتور مونتن راضيًا عن هذا التقدم وقام بحماس كبير بحثً العاملين لديه على عمل المزيد وذكرهم بأن مراكز السيطرة والوقاية من المرض تعتبر مسئولة عن جميع الأمراض المعدية باستثناء الدرن والأمراض التناسلية والتى كان يوجد لها وحدات منفصلة فى مدينة واشنطن التابعة لمقاطعة كولومبيا (Washington, DC). وحتى تتمكن من البقاء كان على مراكز السيطرة والوقاية من المرض أن تصبح مراكز لعلم الأوبئة.

وكان هناك ندرة فى عدد المتخصصين فى حقل علم الأوبئة الطبى واستمر الوضع على ذلك حتى عام ١٩٤٩م حين قدم الدكتور أليكساندر لانغ ميور (Dr. Alexander Langmuir) ليتولى رئاسة فرع علم الأوبئة. وخلال أشهر استطاع الدكتور لانغ ميور البدء فى أول برنامج من نوعه لمراقبة الأمراض والذى أكد اعتقاده بأن مرض الملاريا والتى أنفقت عليه مراكز السيطرة والوقاية من المرض الجزء الأكبر من ميزانيتها كان قد اختفى منذ زمن طويل. وبالتالى أصبحت مراقبة الأمراض حجر الأساس الذى بنى عليه غرض مراكز السيطرة والوقاية من المرض فى خدمة الولايات والذى فى بعض الأحيان غير من ممارسة الصحة العامة.

تابع – توضيح (٤-٢):

وكان نشوب الحرب الكورية (the Korean War) فى عام ١٩٥٠م دافعًا لتأسيس مصلحة المخابرات الوبائية (Epidemiologic Intelligence Service) التابعة لمراكز السيطرة والوقاية من المرض. وبما أن خطر الحرب البيولوجية أصبح محدقًا وجد الدكتور لانغ ميور، وهو أكثر الأشخاص فى مصلحة الصحة العامة اطلاعًا فى هذا الموضوع السرى، بأن الفرصة سانحة لتدريب المختصين فى علم الأوبئة الذين سوف يقومون بالحماية ضد التهديدات العادية للصحة العامة فى حين يراقبون هم قدوم هذه الجراثيم الأجنبية. وقد وصلت أول دفعة من المتدربين العاملين فى مصلحة المخابرات الوبائية إلى مدينة أطلانطا فى عام ١٩٥١م وتعهدوا بالذهاب إلى أى مكان يدعون إليه خلال السنتين القادمتين. ولقد اشتهر هؤلاء "الكشافة عن المرض" (disease detectives) بشكل سريع لكونهم يقومون بأداء مهامهم فى مجال علم الأوبئة مشيًا على الأقدام (shoe-leather epidemiology) والتى استطاعوا من خلالها الكشف عن سبب تفشى المرض.

ولم يكن بقاء مراكز السيطرة والوقاية من المرض أمرًا مؤكدًا فى الخمسينيات الميلادية. حيث منحت جامعة أمورى (Emory University) قطعة أرض فى طريق كليفتون (Clifton Road) فى عام ١٩٤٧م لإنشاء مركز رئيسى إلا أنه لم يتم البدء فى تشييد المبنى إلى بعد مرور أكثر من عقد من الزمن. وقد كانت مصلحة الصحة العامة منهمكة فى البحث العلمى والنمو السريع فى معاهد الصحة الوطنية لدرجة أنها أولت اهتمامًا قليلاً لما كان يحدث فى مدينة أطلانطا (Atlanta). و على الرغم من التأخير الطويل الذى طرأ على عملية تخصيص الموارد المالية اللازمة للمبانى كان الكونجرس (Con-gress) أكثر تقبلاً من مصلحة الصحة العامة ودائرة الميزانية (the Bureau of the Budget) لمطالب مراكز السيطرة والوقاية من المرض الملحة للدعم.

وقد أدت أزمتان صحيتان رئيسيتان حدثتا فى منتصف الخمسينيات الميلادية إلى منح مراكز السيطرة والوقاية من المرض المصداقية وضمنت بقاءها. فى عام ١٩٥٥م تم إيقاف العمل ببرنامج التحصين الوطنى عندما أصاب شلل الأطفال أولئك الذين تم تحصينهم بلقاح سولك (Salk vaccine) المصرح به حديثًا. وقد تم إرجاع الحالات إلى لقاح ملوث صادر عن أحد المعامل فى ولاية كاليفورنيا (California) حيث تم تصحيح المشكلة واستأنف العمل فى برنامج التحصين على الأقل بالنسبة لتلاميذ الصفين الأول والثانى فى المرحلة الابتدائية. وقد أثبتت مقاومة أولئك الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٦-٧ سنوات لشلل الأطفال مقارنة بمقاومة الأطفال الذين يكبرونهم سنًا فعالية اللقاح. وبعد مرور عامين، وظفت المراقبة مرة أخرى لتقصى وباء شامل للأنفلونزا. وتم من خلال البيانات التى جمعت فى عام ١٩٥٧م والسنوات اللاحقة تطوير الإرشادات الوطنية الخاصة بلقاح الأنفلونزا.

و قد توسعت مراكز السيطرة والوقاية من المرض عن طريق الاكتساب. حيث حل برنامج الأمراض التناسلية فى مدينة أطلانطا (Atlanta) فى عام ١٩٥٧م وصاحب ذلك الظهور الأول لمرشدى الصحة العامة (Public Health Advisors) وهم خريجون من الكليات غير العلمية لعبوا دورًا مهمًا

تابع – توضيح (٤-٢):

فى نجاح برامج مراكز السيطرة والوقاية من المرض للسيطرة على المرض. فى عام ١٩٦٠م، انضم برنامج الدرن وتبع ذلك انضمام برنامج ممارسات التحصين والتقرير الأسبوعى للإصابة والوفاة (Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)) فى عام ١٩٦١م. وفى عام ١٩٦٧م، تم إنشاء مصلحة الحجر الأجنبى (the Foreign Quarantine Service) وهى إحدى أقدم وأكثر وحدات مصلحة الصحة العامة حظوة بالاحترام. وقد تم تحويل العديد من مواقعها إلى استخدامات أخرى بعد تطوير أساليب أفضل لتأدية أعمال الحجر الصحى وخاصة من خلال المراقبة فيما وراء البحار. كما تم أيضًا تحويل برنامج التغذية المؤسس منذ فترة طويلة إلى مراكز السيطرة والوقاية من المرض بالإضافة إلى تحويل المعهد الوطنى للسلامة والصحة المهنية (the National Institute for Occupational Safety and Health) وزيادة الأعباء الوظيفية على الوحدات الموجودة من قبل. التحصين يعالج مشاكل السيطرة على الحصبة والحصبة الألمانية وعلم الأوبئة يضيف تنظيم الأسرة ومراقبة الأمراض المزمنة إلى نطاق اهتماماته. رسالة مراكز السيطرة والوقاية من المرض تمتد إلى ما وراء البحار والفضاء الخارجى بعد انضمامه إلى البرنامج العالمى للقضاء على الملاريا وتوليه مسئولية حماية كوكب الأرض من الجراثيم القادمة من القمر وحماية القمر من جراثيم كوكب الأرض.

تلعب مراكز السيطرة والوقاية من المرض دورًا رئيسيًا فى واحد من أعظم الانتصارات التى حققتها الصحة العامة وهو القضاء على الجدرى. فى عام ١٩٦٢م قامت مراكز السيطرة والوقاية من المرض بتأسيس وحدة لمراقبة الجدرى وبعد مرور سنة قامت بإجراء اختبار للمدفع النفاث ولقاح فى جزيرة تونقا (Tonga) الواقعة فى المحيط الهادى. وبعد إدخال التحسينات على تقنيات التحصين فى البرازيل، مراكز السيطرة والوقاية من المرض تبدأ العمل فى وسط وغرب أفريقيا فى عام ١٩٦٦م. وعندما تم تحصين الملايين من الناس استخدمت مراكز السيطرة والوقاية من المرض المراقبة للإسراع فى إنجاز مهمتها. استخدمت منظمة الصحة العالمية (the World Health Organization) نفس أسلوب التصعيد فى القضاء (eradication escalation) هذا وبنجاح منقطع النظير فى أماكن أخرى من العالم حتى تم القضاء على الجدرى على مستوى العالم فى عام ١٩٧٧م. وقد أنفقت الولايات المتحدة ٣٢ مليون دولار أمريكى فقط على هذا المشروع وهو ما يعادل تكلفة حصار الجدرى فى الموانئ لمدة الشهرين والنصف.

كما حققت مراكز السيطرة والوقاية من المرض أيضًا نجاحًا ملحوظًا فى الولايات المتحدة فى ملاحقة تفشى لأمراض جديدة وغريبة. حيث تمكنت مراكز السيطرة والوقاية من المرض فى منتصف السبعينيات وبداية الثمانينيات الميلادية من الكشف عن أسباب مرض لانجرى (Legionnaires' disease) ومتلازمة الصدمة العصبية الناجمة عن التسمم (toxic shock syndrome) مرض قاتل أطلق عليه فيما بعد بمتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) (acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)) يتم الكشف عنه لأول مرة فى التقرير الأسبوعى للإصابة والوفاة فى العدد الصادر فى ٥

تابع - توضيح (٤-٢):

يونية ١٩٨١م. ومنذ ذلك الحين تم نشر العديد من المقالات اللاحقة حول الإيدز فى التقرير الأسبوعى للإصابة والوفاة وتم تخصيص واحد من أكبر أجزاء الميزانية والقوى العاملة الخاصة بمراكز السيطرة والوقاية من المرض لدراسة هذا المرض.

وعلى الرغم من أن عدد مرات نجاح مراكز السيطرة والوقاية من المرض كانت أكثر من فشلها إلا أنها لم تنج من النقد. فعلى سبيل المثال خلقت التقارير التلفزيونية والصحفية عن دراسة التاسكيجى (Tuskegee study) حول الآثار بعيدة المدى لعدم علاج مرض الزهرى بين الرجال السود عاصفة من الاحتجاج فى عام ١٩٧٢م. وكان قد شرع فى هذه الدراسة من قبل مصلحة الصحة العامة وغيرها من المنظمات فى عام ١٩٣٢م ثم تمت إحالتها إلى مراكز السيطرة والوقاية من المرض فى عام ١٩٥٧م. وعلى الرغم من أن فعالية البنسلين كعلاج للزهرى قد أثبتت خلال أواخر الأربعينيات الميلادية ظل المشاركون فى تلك الدراسة بدون علاج حتى وصل الأمر إلى اهتمام الرأى العام. كما انتقدت مراكز السيطرة والوقاية من المرض بسبب جهودها فى عام ١٩٧٦م لتحصين سكان الولايات المتحدة ضد حمى الخنزير (swine fever)، القاتل سيئ السمعة فى الفترة الممتدة بين عامى ١٩١٨م و١٩١٩م. وقد تم وقف حملة التحصين فوراً بعد إصابة بعض المحصنين بمتلازمة جالين بارى (Guillian-Barre syndrome) ولم يظهر هذا الوباء منذ ذلك الحين.

وكلما توسع نطاق أنشطة مراكز السيطرة والوقاية من المرض على نحو بعيد عن الأمراض المعدية كلما دعت الحاجة إلى تغيير اسمها. فى عام ١٩٧٠م كان يطلق عليها "مركز السيطرة على المرض" (the Center for Disease Control) وفى عام ١٩٨١م وبعد عملية إعادة تنظيم جذرية أصبح يعرف بـ "مراكز" (Centers). وقد تمت إضافة عبارة "و الوقاية" (and Prevention) فى عام ١٩٩٢م. ولكن تم الإبقاء على الاختصار المشهور ذى الثلاثة أحرف "CDC" بالقانون. وفى حالات الطوارئ الصحية تعنى مراكز السيطرة والوقاية من المرض الاستجابة إلى دعوات الاستغاثة (SOS) من أى مكان فى العالم مثل دعوة الاستغاثة الحديثة من زائير والتى تفشت فيها حمى أيبولا (Ebola fever).

وقبل خمسين عامًا مضت كان جدول أعمال مراكز السيطرة والوقاية من المرض من الأمور غير المثيرة للجدل (حيث كان من الصعوبة أن يقوم أى أحد بالاعتراض على ملاحقة الجراثيم) وكانت مدينة أطلانطا (Atlanta) كمستنقع للمياه. ولكن فى عام ١٩٩٦م أصبحت برامج مراكز السيطرة والوقاية من المرض وعلى نحو دائم وثيقة الصلة بالقضايا الاقتصادية والسياسية والاجتماعية وأصبحت مدينة أطلانطا (Atlanta) على مقربة من العاصمة واشنطن (Washington) بمثل سهولة الضغط على لوحة المفاتيح فى جهاز الحاسب الآلى.

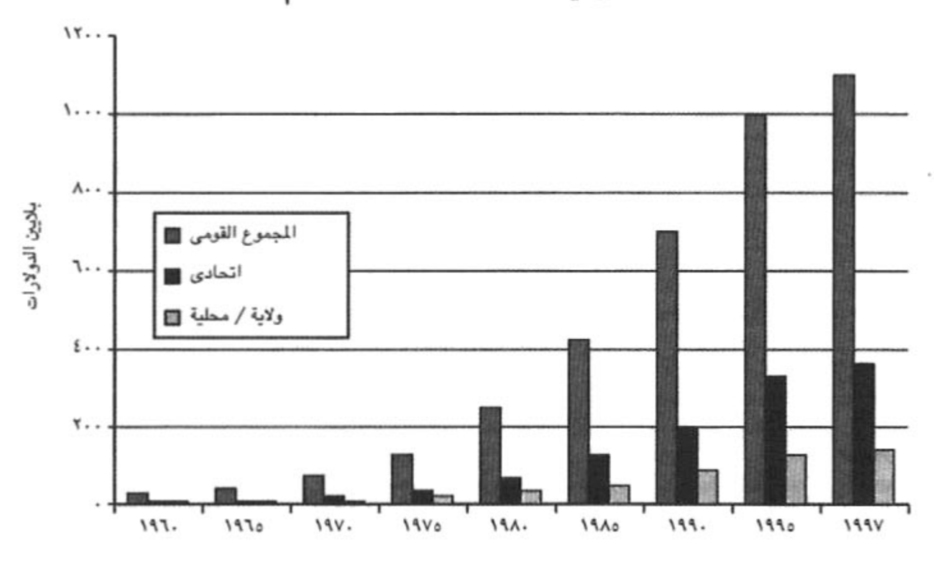
المصدر أعيد طباعته من:

History of CDC, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 45, pp. 526-528, the Centers for Disease Control and Prevention, 1996.

تعتبر الحكومة الاتحادية المشترى الأكبر للخدمات المرتبطة بالصحة على الرغم من أن الإنفاق على الأغراض الصحية لا يشكل إلا جزءًا بسيطًا فقط من مجموع الميزانية الفيدرالية. ويحدد شكل (٤-٢) حصة مجموع النفقات الصحية الوطنية التى تسهم فيها الحكومة الفيدرالية وكذلك مساهمة حكومات الولايات والحكومات المحلية. فى عام ١٩٩٧م، بلغت النفقات الصحية ٢١٪ من مجموع النفقات الفيدرالية مرتفعة بذلك عن نسبة الـ ١٥٪ التى كانت عليها فى عام ١٩٩٠م و١٢٪ فى عام ١٩٨٠م و٨٪ فى عام ١٩٧٠م و٣٪ فقط فى عام ١٩٦٠م (شكل (٤-٣)). وتقف التكاليف المرتفعة لخدمات الرعاية الصحية عائقًا حقيقيًا فى وجه الجهود الرامية لخفض العجز فى الميزانية الفيدرالية إضافة إلى وجود تأييد شعبى وسياسى محدود لفرض ضرائب إضافية للإنفاق على الأغراض الصحية.

شكل (٤-٢)

النفقات الصحية على المستويات القومية والاتحادية ومستوى الولايات والمحليات، الولايات المتحدة، ١٩٦٠-١٩٩٧م

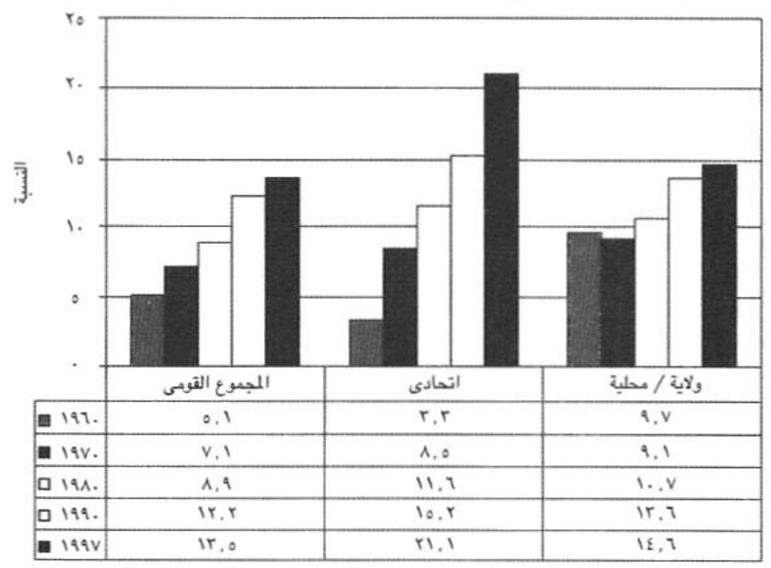


المصدر بتصرف من:

Health United States 1999, National Center for Health Statistics, Public Health Service, 1999.

شكل (٤-٣)

نسبة النفقات من الناتج القومى الإجمالى والنفقات الاتحادية والحكومية على مستوى الولايات/المحليات المصروفة على الأغراض المرتبطة بالصحة، الولايات المتحدة، ١٩٦٠-١٩٩٧م



	المجموع القومى	اتحادى	ولاية / محلية
١٩٦٠	٥,١	٣,٣	٩,٧
١٩٧٠	٧,١	٨,٥	٩,١
١٩٨٠	٨,٩	١١,٦	١٠,٧
١٩٩٠	١٢,٢	١٥,٢	١٣,٦
١٩٩٧	١٣,٥	٢١,١	١٤,٦

المصدر بتصرف من:

Health United States 1999, National Center for Health Statistics, Public Health Service, 1999.

لا يعد وصف إجراءات إعداد واعتماد الميزانية الفيدرالية بغرض تحديد مستويات التمويل للبرامج الصحية من المهام السهلة. وعلى الرغم من أن نسبة ٢١٪ من الميزانية الفيدرالية تخصص لدعم الأنشطة الصحية إلا أن الجزء الأكبر منها ينفق على برنامج الرعاية الصحية الخاص بالمسنين وبرنامج الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين. وتشكل هذه البرامج وغيرها من برامج الضمان الاجتماعى (entitlement programs) ثلثى الميزانية الاتحادية. وتعتبر هذه النفقات إجبارية وبالتالى لا يمكن السيطرة عليها بسهولة. ويمثل الثلث الأخير النفقات الاختيارية (discretionary spending) ويرتبط نصفها بأغراض الدفاع الوطنى. ويمكن التحكم بسهولة أكبر فى البرامج الاختيارية. وتتنافس تلك النفقات الاختيارية (غير المخصصة لأغراض الدفاع الوطنى) المخصصة للأغراض الصحية مع مجموعة واسعة من البرامج التى تشمل مجالات التعليم والتدريب والعلوم والتكنولوجيا والإسكان والمواصلات المساعدات الخارجية حيث انخفضت تلك المخصصات كنسبة من جميع النفقات الفيدرالية من ٢٣٪ فى عام ١٩٦٦م إلى ١٧٪ فى عام ١٩٩٩م.

وتصنع القرارات التى تمنح الصلاحيات والتمويل للبرامج الصحية من خلال عملية اعتماد سنوية للميزانية. وتعتبر عملية الاعتماد المعمول بها حاليًا معقدة حيث يتم تحديد سقوف لأبواب واسعة من النفقات ومن ثم يتم تسوية البرامج المفردة ومستويات التمويل ضمن تلك الأبواب فى قرارات تسوية لميزانية موحدة. وبالنسبة للبرامج الاختيارية يستلزم الأمر قيام الكونجرس (Congress) بمنح صلاحيات الإنفاق بصفة سنوية. أما بالنسبة للبرامج الإجبارية فربما يقوم الكونجرس بتغيير مستويات الإنفاق التى تتطلبها القوانين الحالية. والمحصلة النهائية هى خليط من القرارات المستقلة التى يتم بموجبها تحديد أى البرامج سوف تعتمد وماذا سوف تعتمد له مجتمعة مع قرارات الميزانية التى تحدد حجم الموارد الممنوحة من خلال ١٣ قانونًا سنويًا للمخصصات المالية. ويفرض القانون الفيدرالى وحتى العام ٢٠٠٢م سقفًا أعلى على مجموع النفقات الاختيارية السنوية كما يستوجب القانون بأن يتوازن الخفض فى الإنفاق مع الزيادة فى النفقات الإجبارية أو مع البرامج الاختيارية الجديدة. وتشكل بيئة الميزانية هذه تحديات رئيسية لبرامج الصحة العامة الجديدة، وتهدد بشكل مستمر استمرارية التمويل لبرامج قائمة منذ عشرات السنين.

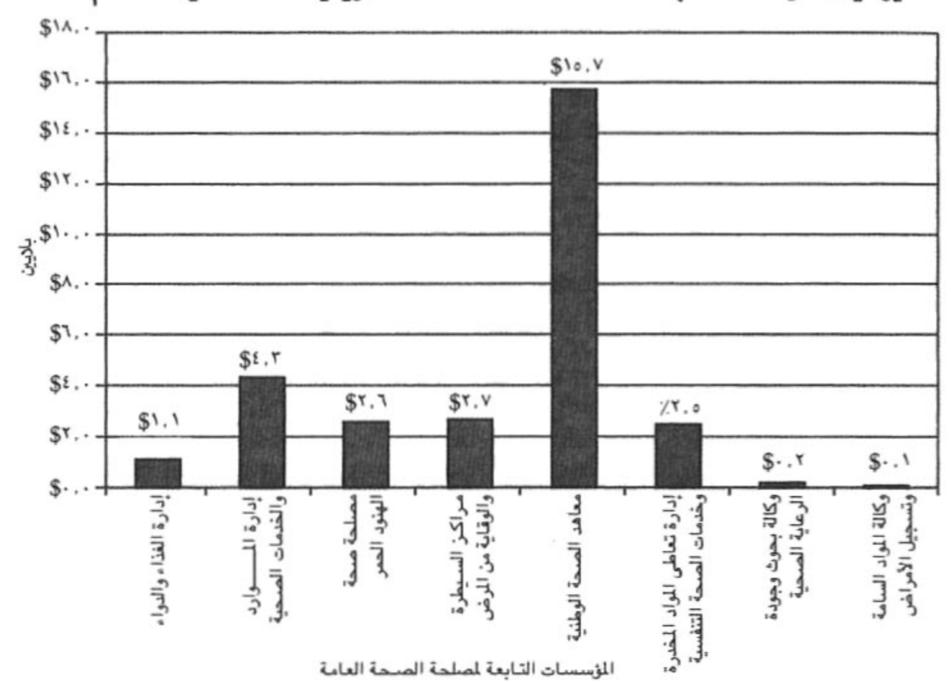
ويعتبر تنظيم المسئوليات الاتحادية ضمن وزارة الصحة والخدمات الإنسانية أمراً فى غاية التعقيد من الناحية المالية والعملية. وبلغت ميزانية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية فى السنة المالية الفيدرالية للعام ١٩٩٩م حوالى ٣٨٧ بليون دولار أمريكى[٦]. ويعمل فى الوزارة ٦٠,٠٠٠ موظف تقريبًا وهى تعد من أكبر المؤسسات الفيدرالية الحكومية فى توفير المنح التى تصل إلى ٦٠,٠٠٠ منحة سنويًا. وتقوم وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بإدارة ٣٠٠ برنامج من خلال ١١ شعبة تشغيلية. وينفق الجزء الرئيسى من ميزانية الوزارة لدعم برنامج الرعاية الصحية الخاص بالمسنين وبرنامج الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين الواقعة تحت إشراف إدارة تمويل الرعاية الصحية واستولت نشاطات مصلحة الصحة العامة على ٧,٥٪ أو ما يعادل (٢٩,١ بليون دولار أمريكى) من ميزانية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية للسنة المالية ١٩٩٩م. وبالإضافة إلى إدارة تمويل الرعاية الصحية. ومصلحة الصحة العامة تضم الوزارة إدارة الأطفال والعائلات والإدارة المختصة بالشيخوخة.

وتراوحت ميزانيات الوكالات التشغيلية التابعة لمصلحة الصحة العامة للسنة الفيدرالية المالية للعام ١٩٩٩م من ١٦ بليون دولار أمريكى لمعاهد الصحة الوطنية إلى ٧٤ مليون دولار أمريكى لوكالة المواد السامة وتسجيل الأمراض (شكل ٤-٤). ويذهب أكثر من

نصف مخصصات مصلحة الصحة العامة لدعم أنشطة البحوث الخاصة بمعاهد الصحة الوطنية فى حين ينفق ١٣ بليون دولار أمريكى أخرى لدعم وكالات مصلحة الصحة العامة المتبقية: إدارة الموارد والخدمات الصحية (٤,٣ بليون دولار أمريكى) و(من ٢,٥ إلى ٢,٧ بليون دولار) لكل من مراكز السيطرة والوقاية من المرض وإدارة تعاطى المواد المخدرة وخدمات الصحة النفسية ومصلحة صحة الهنود الحمر، فى حين يخصص (١,١ بليون دولار أمريكى) لإدارة الأغذية والأدوية و(٠,٢ بليون دولار أمريكى) لوكالة بحوث وجودة الرعاية الصحية. ووفقًا لذلك تنفق كل من أكثر وكالات الصحة العامة شهرة فى الحكومة الاتحادية (مراكز السيطرة والوقاية من المرض وإدارة الموارد والخدمات الصحية وإدارة الأغذية والأدوية أقل من ١٪ من موارد وزارة الصحة والخدمات الإنسانية كما تمثل تلك الوكالات الثلاث مجتمعة حوالى ٠,٥٪ فقط من مجموع النفقات الاتحادية.

شكل (٤-٤)

ميزانيات الوكالات التابعة لمصلحة الصحة العامة الأمريكية للسنة المالية ١٩٩٩م



المصدر بتصرف من:

The Fiscal Year 1999 Budget, U.S. Department of Health and Human Services, 1999.

منذ أواخر السبعينيات الميلادية عمل مكتب تعزيز الصحة والوقاية من المرض (the Office of Health promotion and Disease Prevention) التابع لمكتب مساعد وزير الصحة والخدمات الإنسانية لشئون الصحة على تنسيق وإعداد جدول العمل الوطنى للصحة العامة والجهود الوقائية. وقد أثمرت نتائج تلك الجهود فى صياغة الأهداف الصحية الوطنية التى استهدفت الأعوام ١٩٩٠م و٢٠٠٠م و٢٠١٠م (انظر الفصل الثانى). ويرتبط هدف واحد فقط من بين أكثر من ٥٠٠ هدف تضمنتها أهداف عامى ١٩٩٠م و٢٠٠٠م بنظام الصحة العامة، وذلك الهدف هو الذى يدعو بأن يتم تقديم الخدمة إلى ٩٠٪ من السكان من خلال إدارة صحة محلية (local health department) والتى كانت تعمل بفعالية لتأدية وظائف الصحة العامة الأساسية بحلول العام ٢٠٠٠م(٧). وتشير التقديرات الحالية إلى أن حوالى ٩٥٪ من سكان الولايات المتحدة يتم تقديم الخدمة لهم من خلال وظائف إدارة صحة محلية يتوافر لديها مستوى معين من القدرات. ولا توجد بيانات أولية عن عدد الهيئات المحلية العاملة بفعالية على تأدية وظائف الصحة العامة الأساسية عندما تمت صياغة ذلك الهدف فى عام ١٩٩٠م. وتشير عدد من الدراسات حول أداء الوظائف الرئيسية للصحة العامة التى أجريت فى التسعينيات الميلادية إلى أن الأمة كانت بعيدة كل البعد عن بلوغ هدفها للعام ٢٠٠٠م. وسوف يصف الفصل الخامس من هذا الكتاب الوظائف الأساسية ومعايير الأداء المستخدمة فى تلك التقييمات كما سوف يحدد بعض المشاكل التى تعوق سير التقدم نحو تحقيق ذلك الهدف القومى المهم. فى حين يستعرض الفصل السادس قائمة شاملة للأهداف المتعلقة بالبنية التحتية للصحة العامة والتى تم إعدادها ضمن برنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠م.

ولقد دعمت وكالات مصلحة الصحة العامة استخدام معايير الأداء بشكل موسع فى عدد من البرامج الصحية الفيدرالية الرئيسية والتى تشمل التحصينات والسيطرة على الدرن والأمراض التناسلية المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسى وتعاطى المواد المخدرة وخدمات الصحة النفسية. وكما تمت الإشارة إليه من قبل أصبحت برامج المنح والمساعدات الاتحادية (grants-in-aid) بمنزلة الإستراتيجية الرئيسية والأداة التى استطاعت من خلالها الحكومة الفيدرالية أن تستحث جهود الولايات والمحليات نحو معالجة المشاكل الصحية المهمة. وقد استخدمت أساليب متنوعة لإصدار المنح خلال العقود الحديثة من الزمن. ويمكن تصنيف تلك الأساليب من خلال حجم القيود أو المرونة المتاحة للممنوحين. وترتبط منح المشاركة فى الدخل (revenue-sharing grants) بأعلى درجات المرونة وبعدم وجود المتطلبات. فى حين تدمج المنح المجمعة (block grants)، والتى

تشمل تلك التى بدأت فى أوائل الثمانينيات الميلادية، برامج المنح المصنفة (categorical grant programs) السابقة فى مجموعة تشتمل بصفة عامة على قيود أقل من تلك التى كانت تحتويها مجموعة المنح المصنفة السابقة. وتقدم منح الصيغة أو المعادلة (formula grants) وفق معادلة أو صيغة محددة سلفًا وغالبًا ما تبنى جزئيًا على الأقل على أساس الحاجة والتى تحدد بدورها مستوى التمويل لكل جهة ممنوحة. فى حين تتصف منح المشروع (project grants) بأنها أقل أنواع المنح الحكومية محدودية فى إمكانية الحصول عليها وغالبًا ما تكون معدة لبرنامج أو مشروع تجريبى معين.

فى التسعينيات الميلادية اقترحت وزارة الصحة والخدمات الإنسانية سلسلة من المنح الفيدرالية التعاونية المبنية على الأداء لتجنب نواحى القصور الناجمة عن المنح المجمعة التى تم العمل بها فى بداية الثمانينيات الميلادية. فى ذلك الوقت تم تخفيف القيود على البرامج المصنفة الداخلة ضمن المنح المجمعة وتشمل المنحة المجمعة الخاصة بصحة الأمومة والطفولة (Maternal and Child Health Block Grant) والمنحة المجمعة الخاصة بالوقاية (Prevention Block Grant). وتقترح الدروس المستفادة من التجارب السابقة الحاجة إلى توخى الحذر فى ما يتعلق بطلبات المنح الاتحادية المجمعة الجديدة. فى الثمانينيات الميلادية توافرت المنح المجمعة الجديدة بعدد قليل جداً من القيود المفروضة عليها. ولكنها أيضًا توافرت بمستويات تمويل منخفضة بحوالى ٢٥٪ عن الترتيبات السابقة. كما أدت أيضاً عملية تجميع عدد من البرامج المصنفة فى منحة واحدة ضخمة إلى تفريق أو تشتيت المستفيدين من البرامج المصنفة. وبدون وجود مستفيدين مؤيدين للبرامج أصبحت مسألة إعادة أو حتى إبقاء مستويات التمويل على حدودها السابقة أمراً صعبًا. إضافة إلى أن انخفاض مستوى الالتزام بشرط التقرير عن تلك المنح قد جعل من تبرير طلبات الميزانية أمراً أكثر صعوبة. وسوف تتم مراقبة مدى نجاح الأساليب الاتحادية الجديدة للتغلب على تلك العقبات عن كثب من قبل المؤيدين وكذلك من قبل ممثلى الصحة العامة الرسميين فى الولايات والمحليات.

وبالإضافة إلى كونها إستراتيجية رئيسية للتأثير على الخدمات على مستوى الولاية والمستوى المحلى، تعتبر المنح الاتحادية أيضًا وسيلة لإعادة توزيع الموارد لتعويض الاختلاف فى قدرة الولايات على تمويل وتشغيل الخدمات الصحية الأساسية. كما عملت تلك المنح أيضًا كأسلوب مفيد لإيجاد معايير الحد الأدنى لبرامج وخدمات معينة. وعلى سبيل المثال، عملت المنح الفيدرالية لصحة الأمومة والطفولة على تطوير معايير شخصية

فى الهيئات العاملة فى الولايات والمحليات والتى أدت بدورها إلى تعزيز نمو أنظمة الخدمة المدنية فى جميع أنحاء البلاد. أما الآثار الأخرى على الهيئات الصحية العاملة فى الولايات والمحليات فسوف تبدو واضحة عندما يتم التطرق إليها فى الأجزاء التالية من هذا الفصل.

الهيئات الصحية فى الولايات:

هناك العديد من العوامل التى تجعل الولايات فى الواجهة عندما يتعلق الأمر بالصحة. ويمنح الدستور (the Constitution) للولايات الأولوية فى حماية صحة مواطنيها. ومنذ منتصف القرن التاسع عشر وحتى الثلاثينيات الميلادية من القرن العشرين مارست الولايات بشكل أساسى دور القيادة مع وجود منافسة محدودة من الحكومة الفيدرالية ومجرد صدام بين الحين والآخر مع المدن الكبيرة. إلا أن الموارد الفيدرالية قلبت الطاولة على الولايات بعد عام ١٩٣٥م وبلغ الأمر ذروته فى الستينيات والسبعينيات الميلادية. فى ذلك الوقت تم تمويل العديد من المبادرات الاتحادية فى مجال الصحة والخدمات الإنسانية (مثل المدن النموذجية والمراكز الصحية فى التجمعات السكانية وخدمات الصحة النفسية فى التجمعات السكانية) على نحو مباشر للحكومات المحلية بل وحتى للمنظمات العاملة فى التجمعات السكانية. وقد أصبحت هذه الممارسة مصدراً للقلق فى العديد من عواصم الولايات وأدت إلى هدم العلاقات الضعيفة بين المستويات الحكومية الثلاثة. ولكن التأثير النسبى للولايات بدأ فى النمو مرة أخرى بعد عام ١٩٨٠م مع تزايد فى كل من الأقوال والأفعال الرامية إلى استعادة السلطات والموارد للولايات والهيئات الصحية التابعة لها. وعلى الرغم من أن الولايات كانت تواجه صعوبات متزايدة فى تمويل برامج الصحة العامة والخدمات الطبية إلا أنها أصرت على وجود استقلالية وسيطرة أكبر على البرامج التى كانت تديرها بمشاركة الحكومة الاتحادية فى بعضها. وفى نفس الوقت طالبت الحكومات المحلية حكومات الولايات بمطالب شبيهة بتلك التى كانت الولايات تطالب بها الحكومة الفيدرالية. وقد وجدت الولايات نفسها وبشكل غير مريح فى المنتصف بين الحكومة الفيدرالية والحكومات المحلية. وفى نفس الوقت وجدت الولايات نفسها قد ابتعدت خطوة عن كل من الموارد المطلوبة لتلبية احتياجات مواطنيها وعن مطالب وتطلعات المواطنين المحليين. وفيما يتعلق بالقضايا الصحية، وخاصة تلك المؤثرة فى الإشراف وتنظيم الخدمات الصحية ومقدمى تلك الخدمات، بدت الولايات، وعلى نحو دائم، متأثرة بشكل مفرط بجماعات الضغط السياسية الكبيرة النشطة الممثلة لجوانب متعددة من النظام الصحى.

توضيح (٤-٣)
نماذج للهيئات ذات الأدوار الصحية التابعة للولاية (المسميات تختلف من ولاية إلى أخرى)

- هيئة الصحة الرسمية فى الولاية (إدارة الصحة/الصحة العامة) (Department of Health/Public Health)
- إدارة الشيخوخة (Department of Aging)
- وزارة الزراعة (Department of Agriculture)
- إدارة إدمان الكحول وتعاطى المواد المخدرة (Department of Alcoholism and Substance Abuse)
- سلطة مكافحة الحرير الصخرى (Asbestos Abatement Authority)
- إدارة خدمات الأطفال والأسر (Department of Children and Family Services)
- إدارة خدمات الطوارئ والكوارث (Department of Emergency and Disaster Services)
- وزارة الطاقة والموارد الطبيعية (Department of Energy and Natural Resources)
- وكالات حماية البيئة (Environmental Protection Agencies)
- مفوضيات الوصاية والدفاع عن حقوق القصر (Guardianship and Advocacy Commissions)
- مجلس الصحة واللياقة البدنية (Health and Fitness Board)
- مجلس احتواء تكاليف الرعاية الصحية (Health Care Cost Containment Council)
- سلطة المرافق الصحية (Health Facilities Authority)
- مجلس تخطيط المرافق الصحية (Health Facilities Planning Board)
- إدارة الصحة النفسية وإعاقات النمو (Department of Mental Health & Developmental Disabilities)
- وزارة المناجم والمعادن (Department of Mines and Minerals)
- إدارة السلامة النووية (Department of Nuclear Safety)
- مجلس السيطرة على التلوث (Pollution Control Board)
- إدارة تنظيم المهن (Department of Professional Regulation)
- إدارة المساعدات الحكومية (Department of Public Aid)
- إدارة الخدمات التأهيلية (Department of Rehabilitation Services)
- مجلس الشئون الريفية (Rural Affairs Council)
- مجلس تعليم الولاية (State Board of Education)
- دائرة الإطفاء فى الولاية (State Fire Marshall)
- وزارة المواصلات (Department of Transportation)
- نظام التعليم الجامعى للولاية (State University System)
- إدارة شئون المحاربين القدامى (Department of Veterans Affairs)

تقوم الولايات بتأدية المسئوليات المناطة بها من خلال العديد من الهيئات المختلفة التابعة لها على الرغم من تشابه مجموعة البرامج والخدمات الصحية العامة فى جميع حكومات الولايات. ويورد توضيح (٤-٣) أكثر من ٢٠ هيئة عاملة على مستوى الولاية تقوم بأداء المسئوليات والأنشطة الصحية فى ولاية نموذجية. وفى خضم هذا العدد الكبير من الهيئات العاملة فى الولاية يمكن تحديد هيئة رئيسية بذاتها تتولى الإشراف على الصحة. ودائمًا ما تكون تلك الهيئات الرسمية على شكل إدارات مستقلة ترتبط إداريًا بحاكم الولاية. وفى بعض الولايات ترتبط إدارة الصحة فى الولاية بمجلس الصحة فى الولاية على الرغم من أن هذا النمط قد أصبح نادر الحدوث على نحو متزايد. ومن الأساليب الأخرى للارتباط التنظيمى للهيئة الصحية فى الولاية هو أن تكون إدارات الصحة تابعة لوكالة للخدمات الإنسانية متعددة الأغراض وغالبًا ما تكون مع الخدمات الاجتماعية والمسئوليات المتعلقة بمكافحة تعاطى المواد المخدرة. وقد تراوح هذا الأسلوب بين الانحسار والتزايد فى شعبيته على الرغم من أن هذه الشعبية قد زادت فى التسعينيات الميلادية مع تزايد الآمال فى تشجيع الاتجاه نحو توحيد الخدمات المقدمة للتجمعات السكانية فى جميع أشكال الخدمات الصحية والاجتماعية. وتعتبر مؤسسات الصحة العامة فى الولايات بمنزلة هيئات مستقلة فى حوالى ثلثى الولايات وجزء من مؤسسات صحية أو مؤسسات خدمات إنسانية متعددة الأغراض فى حوالى ثلث الولايات.

ويتفاوت نطاق المسئوليات المناطة بالمؤسسة الصحية الرسمية فى الولاية بشكل كبير فيما يتعلق ببرامج وخدمات معينة. كما تشير مستويات وأنماط التوظيف إلى اختلافات واسعة عاكسة بذلك التنوع فى مسئوليات المؤسسة الصحية . ولا توجد معلومات شاملة عن الموارد والبرامج لمؤسسات الصحة فى الولاية منذ بداية التسعينيات الميلادية بسبب التوقف فى نظام التبليغ الوطنى والذى تقوم بالتنسيق له رابطة ممثلى الصحة فى الولايات والمستعمرات (the Association of State and Territorial Health Officials) ومؤسسة الصحة العامة الوقفية (Public Health Foundation). والبيانات المقدمة فى هذا الفصل عن مؤسسات الصحة فى الولايات مستمدة من أحدث الوثائق المتوافرة[٨]، وهى قديمة وربما لا تعكس بدقة أنشطة مؤسسات الصحة فى الولايات بعد عام ١٩٩٩م. ويوضح شكل (٤-٥) التنوع فى مسئوليات مؤسسات الصحة فى الولايات بالنسبة للبرامج. فى عام ١٩٩١م على سبيل المثال أشرفت ٨٨٪ من الولايات على برنامج الولاية المتعلق بالأطفال ذوى الاحتياجات الصحية الخاصة (Children with Special Health

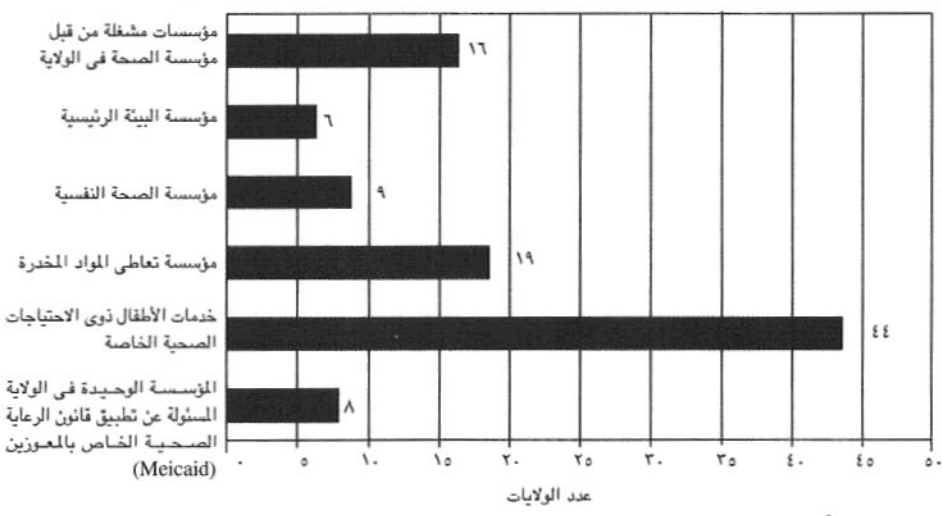
Care Needs) (وهو برنامج مدعوم فيدراليا ضمن المنحة المجمعة الخاصة بصحة الأمومة والطفولة، فى حين كان سدس (١٦٪) الولايات فقط مسئولة عن برنامج الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين التابع للولاية. وكان عدد الولايات المشرفة على خدمات إدمان الكحول وتعاطى المواد المخدرة والصحة النفسية أكبر من الثلث بقليل (٣٨٪)، وقامت ثلث الولايات بتشغيل مؤسسات تابعة للولاية وكانت واحدة من كل ثمانية من تلك المؤسسات هى المؤسسة البيئية الرائدة فى الولاية.

ومن ضمن المسئوليات الصحية البيئية المحددة للمؤسسات الصحية فى الولايات وأكثرها شيوعًا المياه الصالحة للشرب (٦٢٪) والأغذية والأدوية (٥٢٪) وسلامة المنتجات الاستهلاكية (٤٢٪). فى حين تولت أقل من ربع المؤسسات الصحية فى الولايات مسئوليات متعلقة بالهواء النقى وصيانة الموارد والمياه النظيفة والمخصصات المالية (superfund) لأغراض معينة والسيطرة على المواد السامة والمواد الخطرة أو الصحة والسلامة المهنية.

وكما هو موضح فى شكل (٤-٢) أنفقت حكومات الولايات والحكومات المحلية ١٤٠ بليون دولار أمريكى على أغراض مرتبطة بالصحة فى عام ١٩٩٧م. ومنذ عام ١٩٩٠م شكلت النفقات الصحية من ١٣-١٥ ٪ من نفقات حكومات الولايات والمحليات (شكل ٤-٣). وقبل صدور قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين وقانون الرعاية الصحية الخاص بالمسنين فى عام ١٩٦٥م أنفقت حكومات الولايات والحكومات المحلية على الأغراض المرتبطة بالصحة فى الواقع أكثر مما أنفقته الحكومة الاتحادية.

وبلغت نفقات المؤسسات الصحية فى الولايات فى عام ١٩٩١م ١١,٣ بليون دولار أمريكى مشتملة على ٩,٣ بليون من النفقات المباشرة و١,٩ بليون من الحوالات إلى إدارات الصحة المحلية (شكل ٤-٦). فى حين بلغ إجمالى نفقات الولايات وإدارات الصحة المحلية مجتمعة ١٤ بليون دولار أمريكى فى عام ١٩٩١م. وصرفت إدارات الصحة المحلية ٢,٧ بليون دولار أمريكى بشكل مباشر و١,٩ بليون دولار أمريكى أخرى من الحوالات المقدمة من الولايات ليبلغ مجموع ما تم صرفه ٤,٦ بليون دولار أمريكى. ولأغراض المقارنة، فقد بلغ مجموع النفقات الصحية فى الولايات المتحدة فى عام ١٩٩١م ٧٥٢ بليون دولار أمريكى. وشكلت النفقات من قبل مؤسسات الصحة فى الولايات وإدارات الصحة المحلية فى السنة ذاتها ١,٩٪ فقط من إجمالى الإنفاق الصحى. ويمثل هذا انخفاضًا عن عام ١٩٧٨م عندما بلغت مساهمة إدارات الصحة فى الولايات والمحليات من إجمالى الإنفاق الصحى ٢,٦٪.

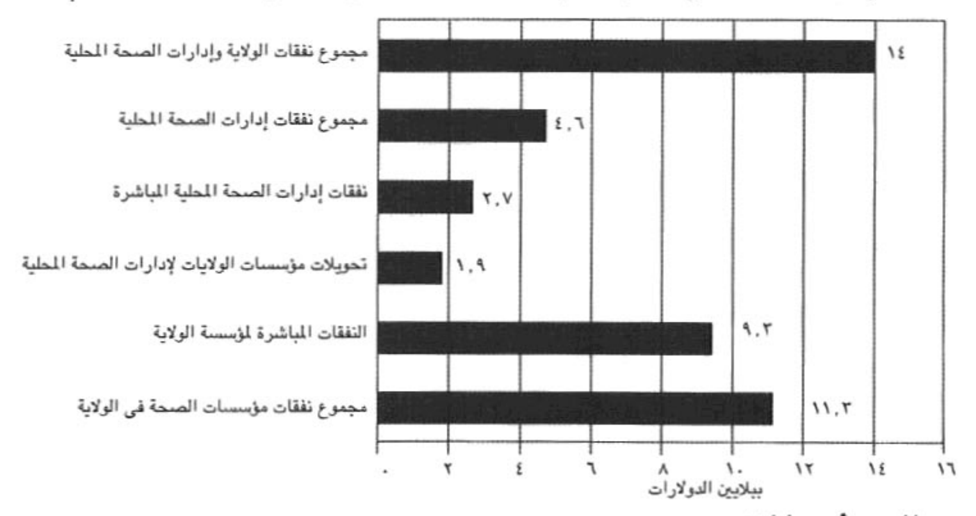
شكل (٤-٥)
المسئوليات التنظيمية المفوضة لمؤسسات الصحة فى الولايات، ١٩٩٥م



المصدر أعيد طباعته بإذن من:

Public Health Macroview, Vol. 7, No. 1, (c) 1995, Public Health Foundation.

شكل (٤-٦)
نفقات إدارات الصحة فى الولايات وإدارات الصحة المحلية، الولايات المتحدة ١٩٩١م



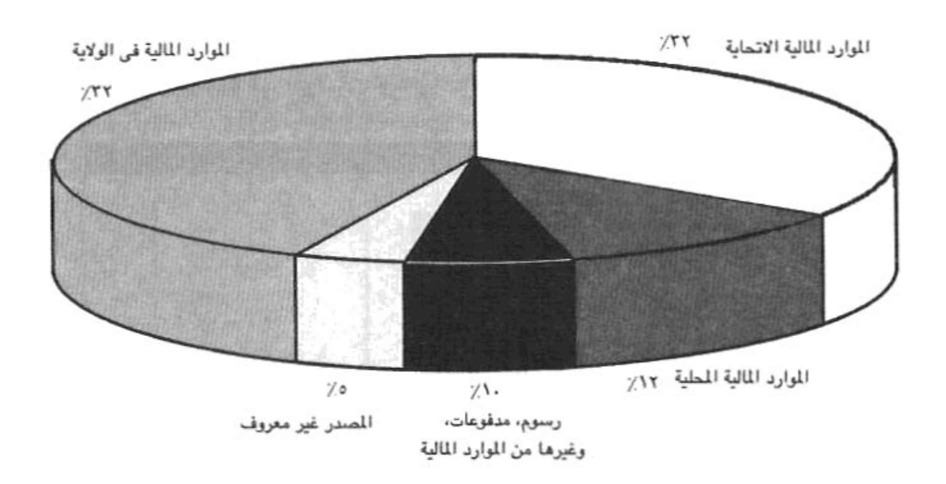
المصدر أعيد طباعته من:

Public Health Macroview, Vol. 7, No. 1, 1995, Public Health Foundation

وكما هو موثق فى شكل (٤-٧) شملت مصادر الـ ١٤ بليون دولار أمريكى المنفقة من قبل مؤسسات الصحة فى الولايات والمحليات مجتمعة فى عام ١٩٩١م على موارد مالية من الولايات (٤١٪) وموارد مالية اتحادية (٣٢٪) وموارد مالية محلية (١٢٪) ورسوم ومدفوعات (١٠٪). أما بالنسبة لمؤسسات الصحة التابعة للولايات فقد شملت المصادر على موارد مالية من الولايات (٥٥٪) وموارد مالية اتحادية خاصة للنساء والرضع والأطفال (Women, Infants and Children) وبلغت ٢٠٪ وموارد فيدرالية ضمن المنحة المجمعة الخاصة بصحة الأمومة والطفولة وبلغت ٥٪ والمصادر الفيدرالية الأخرى (٥٪). وبحذف الموارد المالية الخاصة بالنساء والرضع والأطفال توافرت ٦٩٪ من الموارد المتبقية من الولايات و٦٪ من صحة الأمومة والطفولة و١٣٪ من الموارد المالية الفيدرالية الأخرى.

شكل (٤-٧)

مصادر الموارد المالية الخاصة بإدارات الصحة فى الولايات والمحليات ١٩٩١م



المصدر أعيد طباعته من:

Public Health Macroview, Vol. 7, No. 1, 1995, Public Health Foundation

وقد أنفق أكثر من نصف (٦٠٪) الموارد المخصصة لمؤسسة الصحة التابعة للولاية على خدمات الرعاية الصحية الشخصية غير المؤسساتية والتى تشمل خدمات النساء والرضع والأطفال وصحة الأمومة والطفولة. فى حين وجهت الموارد المتبقية على المرافق التى تدار من قبل مؤسسة الصحة التابعة للولاية (١٥٪) والتخطيط والتنظيم الصحى (٩٪) وصحة البيئة (٦٪) والإدارة العامة (٦٪) وخدمات المعامل (٣٪).

ونظراً لاختلاف توزيع المسئوليات الصحية فى كل ولاية، تعتبر البيانات المتوافرة عن إنفاق مؤسسة الصحة التابعة للولاية ناقصة من نواح عديدة مهمة. حيث إن هذه البيانات لا تتيح فرصة إجراء مقارنات ذات معنى بين الولايات بسبب التنوع فى المسئوليات المحددة لمؤسسة الصحة الرسمية فى الولاية وتلك المسئوليات الموكلة للمؤسسات الأخرى التابعة للولاية. والأكثر أهمية هو أن البيانات المتوافرة عن النفقات الإجمالية لا تفرق بين أنشطة الصحة العامة الموجهة للتجمعات السكانية وبين الخدمات الصحية الشخصية. ومن الأشياء الأخرى الغائبة أيضاً هى الصورة الجامعة لعمليات تخصيص الموارد لأغراض الصحة العامة فى جميع الولايات والمؤسسات المحلية التى تقوم بأدوار صحية والتى تشمل تعاطى المواد المخدرة والصحة النفسية ووكالات حماية البيئة. ويظهر هذا النقص جلياً على وجه الخصوص فى أدوار إصحاح وحماية البيئة. ويفحص الفصل السادس من هذا الكتاب نفقات الصحة العامة ومواردها المالية من منظور البنية التحتية للصحة العامة.

وعلى المستوى الاتحادى تلعب أكثر من اثنتى عشرة إدارة وهيئة ومفوضية اتحادية (مثل المواصلات والعمل والخدمات الصحية والإنسانية والتجارة والطاقة والدفاع ووكالة حماية البيئة والداخلية ومفوضية سلامة المنتجات الاستهلاكية والزراعة ومفوضية تنظيم الطاقة النووية والإسكان والتنمية الحضرية) أدوار فى مجال صحة البيئة. وقد قامت حكومات الولايات والحكومات المحلية وعلى نطاق واسع باستنساخ هذه الشبكة المعقدة من المسئوليات البيئية خالقة بذلك نظام محير ومتنوع بالنسبة للقطاع الخاص ولعامة الناس. وقد شكلت القوانين الاتحادية تنظيم المسئوليات فى الولايات. وتشمل القوانين البيئية الاتحادية الرئيسية على ما يلى:

- قانون الهواء النظيف ((Clean Air Act (CAA)).
- قانون المياه النظيفة ((Clean Water Act (CWA)).

- قانون الاستجابة والمنافسة والمسئولية البيئية الشامل.
(Comprehensive Environmental Response, Competition and Liability Act (CERCLA)) وقانون تعديلات المخصصات المالية وإعادة التفويض (Super-fund Amendments and Reauthorization Act (SARA)).

- القانون الفيدرالى للمبيدات الحشرية ومبيدات الفطريات ومبيدات القوارض (Federal Insecticide, Fungicide, and Rodenticide Act (FIFRA)).

- قانون المحافظة واستعادة الموارد (Resource Conservation and Recovery Act (RCRA)).

- قانون مياه الشرب الآمنة (Safe Drinking Water Act (SDWA)).

- قانون السيطرة على المواد السامة (Toxic Substance Control Act (TSCA)).

- قانون الأغذية والأدوية ومستحضرات التجميل (Food, Drug, and Cosmetic Act (FDCA)).

- القانون الفيدرالى لسلامة وصحة المناجم (Federal Mine Safety and Health Act (MSHA)).

- قانون السلامة والصحة المهنية (Occupational Safety and Health Act (OSHA)).

ولكن الولايات لم تستجب وفق أسلوب ثابت فى تحديدها لمهام تنفيذ القوانين الاتحادية للمؤسسات المتعددة العاملة فى كل ولاية. وقد أدى تركيز القوانين الاتحادية على جانب معين من البيئة (مثل الماء والهواء والفضلات) إلى تعزيز قيام الولايات بأن تعهد بمهمة أداء المسئوليات البيئية إلى مؤسسات أخرى غير مؤسسات الصحة الرسمية فى الولاية كما هو موضح فى جدول (٤-١). وتعتبر أبعاد هذا التنوع مهمة بالنسبة لمؤسسات الصحة العامة. وأصبحت مؤسسات الصحة فى الولايات أقل ارتباطًا ببرامج إصحاح البيئة كما أصبح عدد الولايات التى توظف مؤسسات الصحة فيها كمؤسسات رائدة للشئون البيئة قليلاً جداً بحيث لا يتجاوز أصابع اليد الواحدة. وتحول هذا الدور إلى وكالات حماية البيئة التابعة للولايات على الرغم من أن العديد من الهيئات العاملة فى الولاية لاتزال تسهم فى أداء المهام البيئة. وبذلك تحولت الإستراتيجية الرئيسية من إستراتيجية مكيفة وفقًا للظروف الصحية إلى إستراتيجية تركز على وضع وفرض

القوانين. وعلى الرغم من اضمحلال الدور الذى تلعبه فى الشئون البيئية، استمرت مؤسسات الصحة فى الولايات فى معالجة مجموعة متنوعة من المسائل المتعلقة بالإصحاح البيئى وفى امتلاك قدرات فى مجالات علم الأوبئة والتحليل الكمى للأخطار الصحية غير متوافرة فى غيرها من المؤسسات العاملة فى الولاية. وتعتبر مسألة الربط بين تلك الخبرات المهمة المتوافرة فى مؤسسات الصحة وبين أعمال وأنشطة المؤسسات الأخرى العاملة فى الولاية من الأمور التى تشكل تحدياً حقيقياً وهناك أبعاد أخرى لهذا السيناريو أيضاً.

جدول (٤-١)

عدد ونوع المؤسسات التابعة للولاية المسئولة عن تطبيق قوانين البيئة الفيدرالية

القانون	الزراعة	البيئة	الصحة	العمل	المجموع
قانون الهواء النظيف (CAA)	.	٤١	١٠	١	٥٢
قانون المياه النظيفة (CWA)	١	٤١	١١	١	٥٤
قانون الاستجابة والمنافسة والمسئولية البيئية الشامل (CERCLA) وقانون المخصصات المالية (Superfund Act)	٣	٣٨	٢٥	١	٦٧
القانون الفيدرالى للمبيدات الحشرية ومبيدات الفطريات ومبيدات القوارض (FIFRA)	.	٤١	١١	٢	٥٤
قانون المحافظة واستعادة الموارد (RCRA)	.	٣٦	٣٣	٣	٧٢
قانون مياه الشرب الآمنة (SDWA)	.	١٢	٢٣	٣	٣٨
قانون السيطرة على المواد السامة (TSCA)	٣٧	٤	٥	.	٤٦
قانون الأغذية والأدوية ومستحضرات التجميل (FDCA)	١	١	١٥	٣٩	٥٦
القانون الفيدرالى لسلامة وصحة المناجم (MSHA)	.	.	.	١٢	١٢
قانون السلامة والصحة المهنية (OSHA)	١٥	١	١٣	.	٢٩

المصدر أعيد طباعته من:

Health Resources and Services Administration, *Environmental Web: Impact of Federal Statutes on State Environmental Health and Protection-Services, Structure and Funding, 1995*, Rockville, Maryland.

وينعكس التحول إلى إستراتيجيات وضع وفرض القوانين بوضوح فى تخصيص الموارد على مستوى الولاية. حيث أنفق حوالى ٦ بليون دولار أمريكى على صحة البيئة وعلى سَنٍّ وتطبيق القوانين من قبل الولايات وكان نصيب أنشطة إصحاح البيئة من هذا المجموع هو بليون دولار أمريكى فقط مقارنة بوضع وفرض القوانين المتعلقة بالبيئة[٩]. وغالبًا ما تحتل إعتبارات الصحة العامة مركزًا ثانويًا مقارنة بالاهتمامات التنظيمية عندما يتم اتخاذ القرارات المتعلقة بالميزانية. إضافة إلى ذلك يؤدى عمل العديد من المختصين فى مجال إصحاح البيئة فى مؤسسات غير صحية إلى خلق مشاكل خاصة تتعلق بكل من تدريبهم ومستويات أدائهم.

ويشير التنوع الواسع فى تنظيم وهيكلة المسئوليات الصحية فى الولايات إلى عدم وجود نمط قياسى أو ثابت لممارسة الصحة العامة فى مختلف الولايات. ويدعم فحص القوانين التأسيسية والرسائل الخاصة (mission statements) بالمؤسسات العامة التابعة للولاية هذا الاستنتاج بشكل أكبر[١٠]. وتتطرق ١١ من ٤٣ رسالة خاصة بمؤسسات تابعة للولايات فقط إلى غالبية المفاهيم المرتبطة بهدف ورسالة الصحة العامة المنصوص عليهما فى وثيقة الصحة العامة فى أمريكا (Public Health in America)[١١]. وعند فحص قوانين الصحة العامة التأسيسية فى الولايات للبحث عن إشارات لخدمات الصحة العامة الحيوية (المنصوص عليها أيضًا فى وثيقة الصحة العامة فى أمريكا) فإنه يمكن تحديد غالبية خدمات الصحة العامة الحيوية فى خمس الولايات فقط. وتعكس أكثر خدمات الصحة العامة الحيوية التى يشار إليها على نحو متكرر أنشطة الصحة العامة التقليدية مثل تطبيق القوانين ومراقبة الحالة الصحية وتشخيص وتقصى الأخطار الصحية وإعلام وتثقيف العامة. أما خدمات الصحة العامة الحيوية التى يشار إليها على نحو أقل تكرارًا فى تلك القوانين التأسيسية فإنها تعكس مفاهيم أكثر حداثة لممارسة الصحة العامة وتشمل على تنظيم علاقات الشراكة بين الجهات العاملة فى التجمعات السكانية وتقييم آثار الخدمات الصحية والبحوث لإيجاد الحلول المبتكرة. وهناك ثلاث ولايات فقط يوجد فيها كل من قوانين تأسيسية ورسائل غرض خاصة بمؤسسات الصحة فى الولاية منسجمة بشكل كبير مع المفاهيم المطروحة فى وثيقة الصحة العامة فى أمريكا[١٠].

وخلاصة القول أن مؤسسات الصحة فى الولايات تواجه العديد من التحديات المرتبطة بتوزيع أدوار ومسئوليات الصحة العامة بين هيئات عديدة فى الولاية. ومن ضمن تلك التحديات يوجد تحديان رئيسيان: الأول هو كيفية تنسيق وظائف الصحة العامة الأساسية

بفعالية والثانى يتعلق بالكيفية التى يتم بها إحداث تغييرات فى النظام الصحى بحيث يكون هناك تركيز أكبر على الوقاية الإكلينيكية وعلى الخدمات المقدمة فى التجمعات السكانية. وهذه الأهداف مرتبطة كما تشير الفصول السابقة من هذا الكتاب.

منظمات الصحة العامة المحلية:

من منظور التنظيم العام لمسئوليات الصحة العامة الحكومية يمكن اعتبار إدارات الصحة المحلية بمنزلة هيئات تقوم بتكريس تلك المسئوليات على أرض الواقع. وقد تم إنشاء تلك الإدارات لأداء المسئوليات المهمة للصحة العامة التى تضمنتها قوانين الولايات والقوانين المحلية ولتلبية الاحتياجات والتوقعات الأخرى للتجمعات السكانية التى تعمل فيها تلك الإدارات. وعلى الرغم من أن بعض المدن كان لديها مجالس ومؤسسات صحة عامة محلية قبل عام ١٩٠٠م إلا أنه لم يتم إنشاء أول إدارة صحة على مستوى الإقليم إلا فى عام ١٩١١م. فى ذلك الوقت قام إقليم ياكيما فى ولاية واشنطن (Yakima County, Washington) بإنشاء وحدة صحية دائمة فى الإقليم بسبب النجاح الذى حققته الحملة الصحية التى جرت فى الإقليم بهدف السيطرة على وباء خطير للتيفوئيد. كما قامت أيضاً لجنة روكفلر الصحية (Rockefeller Sanitary Commission) بتنشيط حركة إنشاء إدارات الصحة المحلية فى الأقاليم من خلال دعمها لجهود القضاء على مرض دودة الأنسيلوستوما (hookworm). وقد زاد عدد إدارات الصحة المحلية بشكل سريع خلال القرن العشرين على الرغم من أن هذا التوسع قد شابه بعض الفتور فى العقود الحديثة نتيجة لعمليات الإغلاق والدمج.

وليس من الممكن النظر إلى إدارات الصحة المحلية بمعزل عن شبكة الولاية التى تعمل بها تلك الإدارات. ولعله من المهم أن نتذكر أن الولايات من خلال فروعها التشريعية والتنفيذية هى التى تنشأ التصنيفات المختلفة للوحدات الحكومية المحلية التى توجد فى تلك الولايات. وبموجب هذا الترتيب، فإن الولاية والوحدات الفرعية المحلية (بغض النظر عن الكيفية التى تحدد بها تلك الوحدات) تشترك فى تولى المسئوليات الصحية وغيرها من الوظائف التى تقوم بها الولاية. أما الكيفية التى يتم بها الاشتراك فى الواجبات الصحية فى ولاية ما فإنها تعتمد على مجموعة متشابكة من العوامل التى تشتمل على قوانين الولاية والقوانين المحلية والتاريخ والحاجة والتطلعات.

وترتبط الولايات والمستعمرات بمؤسسات الصحة المحلية فيها من خلال أحد الأشكال الأربعة العامة التالية:

- مركزى (Centralized) (ويوجد فى ١٥ ولاية) - تدار مؤسسات الصحة المحلية بصورة مباشرة من قبل الولاية أو أنه لا يوجد إدارات صحة محلية وتقوم الولاية بتقديم الخدمات الصحية المحلية.
- لا مركزى (Decentralized) (ويوجد فى ٢٦ ولاية) - وتشكل إدارات الصحة المحلية وتدار من قبل الحكومة المحلية.
- مشترك (Shared) (ويوجد فى ولايتين) - ويتوافر للولاية بعض التحكم على إدارة الصحة المحلية مثل تعيين الممثل الصحى أو أن تطلب تزويدها سنوياً بميزانية أو خطة.
- مختلط (Mixed) (ويوجد فى ٩ ولايات) - ويجمع بين المركزية واللامركزية معاً وتقوم الولاية بعمل السلطة الصحية المحلية فى حالة عدم وجودها. ويحدث هذا بصفة عامة عندما تختار الحكومة المحلية بأن لا تنشأ مؤسسة محلية للصحة مع أنه يجب على الولاية أن توفر الخدمات[١٢].

وتنشأ إدارات الصحة المحلية من قبل الوحدات الحكومية والتى تشمل الأقاليم والمدن والقرى والنواحى والمقاطعات الخاصة من خلال إحدى الطريقتين التاليتين. الأولى هى أن تقوم الهيئة التشريعية بإنشاء إدارة صحة محلية من خلال سن قانون يقضى بذلك والثانية هى أن يقوم المواطنون المقيمون فى منطقة ما بإنشاء مجلس محلى ومؤسسة من خلال استفتاء شعبى. وكلتا الطريقتين شائعتان. وغالباً ما تمول المؤسسات الصحية المنشأة عن طريق القوانين التشريعية من الأموال العامة الخاصة بالسلطة المحلية فى حين يتوافر لدى المؤسسات الصحية المنشأة عن طريق استفتاء شعبى نظام جباية ضرائب محدد. كما تتسم المؤسسات الصحية المنشأة عن طريق القوانين التشريعية بسهولة تأسيسها وربما تقيم علاقات عمل وثيقة مع الهيئات التشريعية المحلية التى قامت بإنشائها. فى حين تعكس المؤسسات المنشأة عن طريق استفتاء شعبى دعم جمهور الناخبين المحليين، وربما تحصل على حق جباية ضرائب بحيث تتفادى الحاجة إلى التنافس مع غيرها من مصادر التمويل الحكومية المحلية.

وتعتبر الأقاليم من أكثر الأشكال شيوعاً لتقسيم الولايات. وبصفة عامة تعتبر الأقاليم وحدات فرعية سياسية طبيعية للولايات تتولى مسئوليات متنوعة خاصة بالولاية مثل تطبيق

القانون (العمد والمدعين العامين للولاية) والصحة العامة. وتعتبر الأقاليم بصفة عامة وكلاء للولايات وتتولى مسئوليات مفوضة أو محددة لها. وعلى النقيض من ذلك لا تنشأ المدن بصفة عامة كوكلاء للولاية. وعوضاً عن ذلك يتوافر للمدن حرية تصرف كبيرة من خلال سلطات الحكم المحلية التى تخولها القيام بوظائف غير محرمة عليها من قبل قانون الولاية. وتستطيع المدن الاختيار بين إنشاء إدارة صحة أو الاعتماد على الولاية أو الإقليم التى تتبع له بالنسبة لخدمات الصحة العامة. وبسبب هذه الاستقلالية يتوافر لإدارات الصحة التابعة للمدن نطاق واسع من البرامج والخدمات. وكما تمت الإشارة إليه سابقاً، فقد كانت بدايات نشأة مؤسسات الصحة العامة فى المراكز الحضرية الكبيرة قبل نشأة أى من مؤسسات الصحة التابعة للولايات أو إدارات الصحة المحلية فى الأقاليم. وقد أسهمت هذه الأسبقية أيضاً فى إضفاء صفة الاستقلالية على إدارات الصحة فى المدن. وقد جعلت هذه الاعتبارات مجتمعة، إضافةً إلى زيادة المطالب والتطلعات لتلبية احتياجات المعوزين طبياً، من إدارات الصحة المحلية فى المدن، وخاصة فى المدن الكبيرة - إداراتٍ مختلفة نوعياً عن غيرها من إدارات الصحة المحلية.

ويتوافر لكل من المدن والأقاليم قواعد مالية وسياسية. حيث تعتمد كلتاهما على الضرائب المفروضة على المبيعات والممتلكات لتمويل الصحة وغيرها من الخدمات وهما تعانيان قيوداً مفروضة على مصادر التمويل تلك. وتعد الاعتبارات السياسية الناجمة عن زيادة الضرائب المفروضة على الممتلكات قيداً رئيساً على كل من المدن والأقاليم. ويعتبر عدد المدن والأقاليم التى قامت بفرض ضرائب على الدخل قليلاً نسبياً وهو النوع من الضرائب الذى تعتمد عليه الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات. ولكن وبصفة عامة يتوافر لكل من المدن والأقاليم قاعدة سياسية صلبة على الرغم من أن عامة المدن أكثر احتمالية من الأقاليم فى أن تكون فى نزاع مع حكومة الولاية حول القضايا الرئيسية.

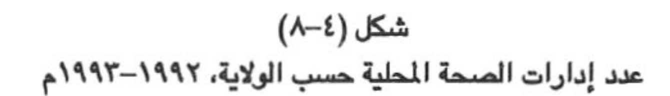
وتلعب الأقاليم دوراً حيوياً فى القطاع العام بالرغم من أن نطاق وأهمية هذا الدور غالباً ما يغفل عنهما. ويؤسس أربع أو خمس إدارات صحة محلية على مستوى الإقليم لتقديم الخدمة إلى إقليم بمفرده أو لمدينة وإقليم أو لعدة أقاليم. ونتيجة لذلك تقدم الأقاليم جزءاً كبيراً من الخدمات الوقائية والإكلينيكية للتجمعات السكانية فى الولايات المتحدة. حيث تقدم الأقاليم الرعاية لحوالى ٤٠ مليون نسمة ممن يتوافر لهم الوصول إلى إدارات الصحة المحلية وغيرها من المرافق. كما تنفق الأقاليم أكثر من ٣٠ بليون دولار أمريكى من عوائد الضرائب المحلية سنوياً على خدمات الصحة والمستشفيات من خلال ٤,٥٠٠

موقع والتى تشمل المستشفيات ودور التمريض والعيادات وإدارات الصحة ومرافق الصحة النفسية. كما تلعب الأقاليم دوراً واضحاً فى العلاج وتعتبر مسئولة بصفة عامة عن الرعاية الصحية للمعوزين فى أكثر من ٣٠ ولاية وتدفع جزءاً من الحصة غير الاتحادية لقانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين فى حوالى ٢٠ ولاية. كما تشترى الأقاليم الضمان الخاص بالرعاية الصحية لأكثر من ٢ مليون موظف[١٣].

وتقوم الرابطة الوطنية لمسئولى الصحة فى المدن والأقاليم (the National Association of County and City Health Officials) بتتبع أنشطة الصحة العامة فى إدارات الصحة المحلية. وقد تم إجراء أحدث المسوحات لإدارات الصحة المحلية فى عام ١٩٩٦-١٩٩٧. والبيانات المقدمة فى هذا الفصل من الكتاب هى مستمدة من المسح الذى تم فى ١٩٩٦-١٩٩٧ بالإضافة إلى الوصف لإدارات الصحة المحلية الذى أعدته الرابطة الوطنية لمسئولى الصحة فى المدن والأقاليم فى عام ١٩٩٢-١٩٩٣م[١٢، ١٤].

وإحدى سلبيات المعلومات المتوافرة عن إدارات الصحة المحلية أنها غير واضحة ولا تشمل تعريفاً وظيفياً لمكونات إدارة الصحة المحلية. وأكثر التعاريف استخداماً تشير إلى أن إدارة الصحة المحلية هى وحدة إدارية خدمية للحكومة المحلية تهتم بالصحة وتعين موظفاً واحداً دائماً على الأقل وتتولى مسئوليات صحية فى سلطة محلية أصغر من الولاية. وبموجب هذا التعريف يوجد أكثر من ٣,٢٠٠ مؤسسة صحية محلية تعمل فى ٣,٠٤٢ إقليم فى الولايات المتحدة[١٤]. ويتفاوت عدد الإدارات الصحية المحلية من ولاية إلى أخرى. حيث لا يوجد فى ولاية رود أيلند (Rhode Island) أى إدارة صحية فى حين يوجد فى ولايتى كنتيكت (Connecticut) وماسوشيست (Massachusetts) المجاورتين أكثر من ١٠٠ إدارة صحية محلية (شكل (٤-٨) وتوضيح (٤-٤)).

وأكثر من ٦٠٪ من إدارات الصحة هى فى شكل مؤسسات صحية فى إقليم بمفرده فى حين يعمل قرابة ٨٠٪ منها خارج نطاق الإقليم الواحد (إقليم مفرد وأقاليم متعددة أو مدينة وإقليم)[١٢]. فى حين تعمل بقية إدارات الصحة المحلية على مستويات المدينة والبلدة أو المنطقة. وتخدم بعض الوحدات التى تدار من قبل الولاية دائرة قضائية محلية أيضاً. وعلى الرغم من أن العدد الدقيق لإدارات الصحة المحلية غير معروف إلا أنه يبدو أن هذا العدد فى تزايد حيث ارتفع من حوالى ١,٣٠٠ فى عام ١٩٤٧م إلى حوالى ٢,٠٠٠ فى منتصف السبعينيات الميلادية وإلى ما يقارب أكثر من ٣.٠٠٠ فى منتصف التسعينيات الميلادية.



شكل (٤-٨)

عدد إدارات الصحة المحلية حسب الولاية، ١٩٩٢-١٩٩٣م

المصدر أعيد طباعته من:

National Association of County and City Health Officials and Centers for Disease Control and Prevention, *Profile of Local Health Departments*, 1992-1993, 1995, Washington, DC.

وقد اقترح عدد من التقارير التى تعود لأكثر من ٥٠ عاماً بأن يكون هناك دمج شامل لإدارات الصحة المحلية الصغيرة بسبب انعدام الفعالية والتنسيق الملاحظين على الخدمات والتطبيق غير الثابت لقوانين الصحة العامة ولعدم قدرة إدارات الصحة المحلية الصغيرة على جمع الموارد الكافية للقيام بوظائفها الرئيسية بفعالية. ويمكن اعتبار الدمج على مستوى الإقليم من أكثر الأساليب منطقية إلا أنه قد تم إحراز تقدم محدود فقط فى هذا الصدد فى العقود الحديثة.

توضيح (٤-٤)
الإحصاءات الحيوية لإدارات الصحة المحلية

التعريف	- وحدة إدارية خدمية للحكومة المحلية تهتم بالصحة وتعين موظفًا واحدًا دائمًا على الأقل وتتولى مسئوليات صحية فى سلطة محلية أصغر من الولاية. - حوالى ٣,٢٠٠ باستخدام التعريف السابق. - التعريف الوظيفى سوف يؤدى إلى انخفاض هذا العدد بشكل كبير. - يتفاوت هذا العدد من صفر فى ولاية رود أيلند (Rhode Island) إلى ١٠٠ فى سبع ولايات
نوع السلطة الإدارية	- ٦٢٪ إقليم مفرد - ٧٪ أقاليم متعددة - ١٠٪ مدينة وإقليم - ١٠٪ بلدة / منطقة - ٨٪ مدينة - ٢٪ أخرى
تعداد السكان	- المعين العشرى (10 th percentile) ٧,٢٠٠ نسمة. - الربيع الأدنى (25 th percentile) ١٤,٠٠٠ نسمة. - الوسيط (50 th percentile) ٣٠,٠٠٠ نسمة. - الربيع الأعلى (75 th percentile) ٧٦,٩٠٠ نسمة. - الربيع التسعين (90 th percentile) ٢٠٢,٤٠٠ نسمة.
الميزانية	- المعين العشرى (10 th percentile) ٨٦,١٥٠ دولار أمريكى. - الربيع الأدنى (25 th percentile) ٢٣٩,٧٠٠ دولار أمريكى. - الوسيط (50 th percentile) ٦٩١,٤٠٠ دولار أمريكى. - الربيع الأعلى (75 th percentile) ٢,٨ مليون دولار أمريكى. - الربيع التسعون (90 th percentile) ٦,٨ مليون دولار أمريكى.
مصادر التمويل	- ٤٠٪ من الولاية (شاملة الموارد التى تأتى عبر الحكومة الفيدرالية). - ٣٤٪ محلى. - ٦٪ فيدرالى. - ٧٪ قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين (Medicaid).

تابع - توضيح (٤-٤):

	- ٣٪ قانون الرعاية الصحية الخاص بالمسنين (Medicare).
	- ٧٪ رسوم.
	- ٣٪ أخرى.
الموظفون (FTES)	- المعين العشرى (10 th percentile) ٢,٥ موظفين دائمين (FTE)، المجموع ٤
	- الربيع الأدنى (25 th percentile) ٦ موظفين دائمين (FTE)، المجموع ٨
	- الوسيط (50 th percentile) ١٦ موظفًا دائمًا (FTE)، المجموع ٢٠
	- الربيع الأعلى (75 th percentile) ٤٩ موظفًا دائمًا (FTE)، المجموع ٥٩
	- الربيع التسعون (90 th percentile) ١٢٩ موظفًا دائمًا (FTE)، المجموع ١٥٠
	- متوسط الموظفين الدائمين (Mean FTE) = ٧٢، المجموع = ٨٨
	- الوسيط للموظفين الدائمين (Median) = ١٦
الحكم	- ٨١٪ من إدارات الصحة المحلية محكومة من قبل مجلس الصحة المحلى
	- ٨٢٪ من المجالس مستقلة عن الهيئة التشريعية
القيادة	- نصف مديرى الصحة المحلية هم من الأطباء (MDs)
	- ربع مجموع مديرى الصحة المحلية حاصلون على تدريب رسمى فى الصحة العامة.
	- متوسط مدة شغر المنصب هو ٨ سنوات، والوسيط لمدة شغر المنصب هو ٦ سنوات.

(FTE) ترمز إلى ما يعادل موظفًا دائمًا (full-time equivalent) و (LHD) هو اختصار إدارة صحة محلية.

المصدر بتصرف من:

Adapted from *Profile of Local Health Departments 1992-1993*, National Association of County and City Health Officials, 1995 and *Profile of Local Health Departments 1996-1997 Data Set,* , National Association of County and City Health Officials, 1997.

وتعتبر معظم إدارات الصحة المحلية منظمات صغيرةً نسبياً حيث يخدم ثلثاها (٦٥٪) مجموعات سكانية تصل إلى ٥٠,٠٠٠ نسمة أو أقل بينما يخدم ١ من كل خمسة (٢٠٪) إدارات صحة محلية مجموعات سكانية تصل فى تعدادها إلى ١٠٠,٠٠٠ نسمة أو أكثر. كما أن مجرد ٤٪ فقط من إدارات الصحة المحلية تخدم تجمعات سكانية تصل فى تعدادها إلى ٥٠٠,٠٠٠ أو أكثر من المقيمين[١٢].

وتطلب بعض الولايات مجموعة من المؤهلات الواجب توافرها فى مديرى الصحة المحلية أو أنها تطلب إشرافًا طبيًا فى حالة كون المدير ليس طبيباً. ويقوم حوالى أربعة أخماس إدارات الصحة المحلية بتوظيف مدير صحى دائم. ويصل متوسط مدة شغر الوظيفة لمديرى الصحة حوالى ٨ سنوات فى حين يبلغ الوسيط حوالى ٦ سنوات. ويشكل الأطباء نصف جميع مديرى الصحة تقريبًا يحمل ١٥٪ منهم درجة البكالوريوس فى الطب بالإضافة إلى درجة الماجستير فى الصحة العامة (MD-MPHs)، ويحمل أقل من الربع درجات علمية عليا فى الصحة العامة. وتعتبر إدارات الصحة المحلية التى تقدم خدماتها إلى تجمعات سكانية كبيرة أكثر احتمالية من إدارات الصحة المحلية التى تقدم خدماتها إلى تجمعات سكانية صغيرة بأن يكون لديها مديرو صحة دائمون.

وترتبط مجالس الصحة المحلية بغالبية إدارات الصحة المحلية. فى عام ١٩٩٧م أفاد ٨١٪ من إدارات الصحة المحلية بالعمل مع مجلس صحة محلى. ويوجد هناك حوالى ٣,٢٠٠ مجلس صحة محلى أشار ٨٥٪ منهم بوجود ارتباط مع إدارة للصحة المحلية فى حين يوجد ١٥٪ منها بصفة مستقلة عن أى إدارة للصحة المحلية. ويعتبر هذا النمط أكثر شيوعًا فى ولايات ماسوشيست (Massachusetts) وبنسلفانيا (Pennsylvania) ونيو هامبشير (New Hampshire) وأيوا (Iowa) ونيوجرسى (New Jersey). أما الأنماط المتعلقة بحجم السكان ونوع السلطة والميزانية فإنها تتشابه إلى حد كبير مع تلك الخاصة بإدارات الصحة المحلية. ومن الناحية العملية تقوم جميع مجالس الصحة المحلية بصياغة سياسات الصحة المحلية وتحديد الرسوم وسن القوانين والأنظمة. كما يقوم غالبيتها أيضًا بالتوصية أو الموافقة على الميزانيات أو بكلتيهما وكذا تحديد الأولويات الصحية للتجمعات السكانية وتعيين مدير مؤسسة الصحة المحلية.

وتفتقد البيانات عن نفقات إدارات الصحة المحلية الحداثة والكمال. فى عام ١٩٩١م أنفقت إدارات الصحة المحلية حوالى ٤,٦ بليون دولار أمريكى تم استقطابها من مصادر تمويل متعددة والتى عادة ما تشتمل على العديد من المنح المصنفة المختلفة الممنوحة من

قبل الهيئات الصحية فى الولايات. وقد حصلت إدارات الصحة المحلية على التمويل من المصادر التالية: الموارد المالية المحلية (٣٤٪) والولاية (٤٠٪ شاملة الموارد المالية الاتحادية الممنوحة من خلال الولاية) والتمويل الاتحادى المباشر (٦٪) والرسوم والمدفوعات (١٧٪) والمصادر الأخرى (٣٪).

فى عام ١٩٩٧م كان لنصف إدارات الصحة المحلية ميزانيات بلغت ٧٠٠,٠٠٠ دولار أمريكى أو أكثر وكان لنسبة ١٠٪ من إدارات الصحة المحلية ميزانيات أقل من ٩٠,٠٠٠ دولار أمريكى[١٢]. وترتفع النفقات وعوائد الرسوم والتى تشمل قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين مع ارتفاع حجم السكان. كما يرتفع عدد الموظفين الدائمين أو من فى حكمهم مع ارتفاع حجم السكان فى مجتمع الخدمة. وبلغت نسبة إدارات الصحة المحلية التى توظف ١٢٥ شخصاً أو أكثر ١٠٪ فقط فى حين أن ٥٠٪ منها يوجد لديها ١٦ موظفاً أو أقل. وبلغ الوسيط لعدد الموظفين الدائمين فى المسح الذى أجرته الرابطة الوطنية لمسئولى الصحة فى المدن والأقاليم (NACCHO) فى عام ١٩٩٧م ١٦ موظفاً. ويرتبط عدد الموظفين وعدد التخصصات والمهن بحجم مجتمع الخدمة الذى تعمل فيه إدارة الصحة المحلية. ومن أكثر التخصصات شيوعاً فى إدارات الصحة المحلية الإداريون والممرضات أو الممرضون والمختصون فى علم الصحة والأطباء وأخصائيو التغذية (حسب الترتيب) وجميع هذه التخصصات توجد فى أكثر من نصف جميع إدارات الصحة المحلية.

وهناك تنوع كبير فى الخدمات المقدمة من قبل إدارات الصحة المحلية. وسوف تتطرق الفصول التالية من الكتاب بشكل مفصل لوظائف وخدمات إدارات الصحة المحلية ولكن سوف تتم الإشارة فيما يلى إلى عدد من التصنيفات العامة للخدمات ودرجة تكرارها فى إدارات الصحة المحلية[١٢].

- أكثر من ٩٠٪ من إدارات الصحة المحلية تدير برامج للسيطرة على الأمراض المعدية وتوفر خدمات تحصين للبالغين والأطفال ضد الأنفلونزا.
- ٨٠-٩٠٪ من إدارات الصحة المحلية تقوم بأعمال المراقبة الوبائية وإجراء الفحوصات الكشفية عن ارتفاع ضغط الدم وتؤدى أنشطة متعلقة بالفحوصات الكشفية ومكافحة الرصاص.
- ٧٠-٧٦٪ من إدارات الصحة المحلية تقوم بإجراء التقييمات الصحية للتجمعات السكانية وتدير برامج إرشادية واختبارات متعلقة بالأمراض المنتقلة عن طريق الجنس (STD).

- ٦٠-٦٩٪ من إدارات الصحة المحلية تقوم بفحص الأغذية ومنتجات الحليب وتقدم خدمات تخطيط الأسرة.
- ٤٩-٥٩٪ من إدارات الصحة المحلية تدير برامج لإدارة المخلفات الصلبة وتقدم خدمات رعاية ما قبل الولادة وتؤدى أنشطة متصلة بالوقاية من الإصابات.
- ٢٠٪ من إدارات الصحة المحلية تقدم خدمات رعاية أولية شاملة.

ولا تقوم إدارات الصحة المحلية دائمًا بتقديم هذه الخدمات بصورة مباشرة وإنما تتعاقد - على نحو متزايد - مع جهات أخرى لتقديمها أو تسهم بمواردها لدعم هيئات أو منظمات أخرى عاملة فى التجمعات السكانية. ويشمل شركاء إدارات الصحة المحلية فى التجمعات السكانية على مؤسسات الصحة فى الولايات وإدارات الصحة المحلية الأخرى والمستشفيات والوحدات الحكومية الأخرى والمنظمات التطوعية وغير الربحية والمؤسسات التعليمية والمراكز الصحية العاملة فى التجمعات السكانية والمؤسسات الدينية وشركات التأمين. كما تتعامل إدارات الصحة المحلية وعلى نحو متزايد مع منظمات الرعاية الصحية الإقتصادية (managed care organizations) على الرغم من عدم وجود اتفاقيات رسمية أو غير رسمية تحكم تلك التعاملات فى عام ١٩٩٦م[١٢]. وعندما توجد مثل تلك الاتفاقيات فإنها عادة ما تكون رسمية وتشتمل على خدمات إكلينيكية وإدارة الحالة المرضية وتتعلق بتوفير (وليس شراء) الخدمات. فى عام ١٩٩٦م، يوجد لدى أكثر من ربع إدارات الصحة المحلية اتفاقيات رسمية بشأن الخدمات الإكلينيكية المقدمة للمشمولين بقانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين. وسوف يتطرق الفصلان الخامس والثامن إلى الجوانب الأخرى من ممارسة الصحة العامة فى التجمعات السكانية.

العلاقات بين المستويات الحكومية:

لا يوجد لأى مستوى من المستويات الحكومية صلاحية واستقلالية كاملتان فيما يتعلق بأدوار الصحة العامة. وتتنتج المخرجات الأمثل من الجهود التعاونية والمكمل بعضها لبعض. وتروى "**إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: سلامة المركبات الآلية**" الموضحة لاحقًا قصة تحسن سلامة المركبات الآلية فى الولايات المتحدة خلال القرن العشرين. وقد اعتمد هذا الإنجاز بشكل كبير على القوانين الفعالة وتطبيق تلك القوانين من قبل جميع المستويات الحكومية.

طرأت تغيرات كبيرة عبر الزمن على العلاقات بين المستويات الحكومية الثلاثة وضمنها، وذلك فيما يتعلق بأهميتها النسبية وتأثيرها على القطاع الصحى. ويصدق هذا الوصف خاصة فيما يتعلق بالأدوار الاتحادية والمحلية. حتى عام ١٩٣٠م كان للحكومة الاتحادية صلاحية وقدرة محدودتان للتأثير على الأولويات والتدخلات الصحية. ومنذ ذلك الوقت استطاعت الحكومة الاتحادية أن تمارس تأثيرها وبشكل رئيسى من خلال القدرة المالية على كل من حكومات الولايات والحكومات المحلية بالإضافة على نظام الرعاية الطبية فى القطاع الخاص. وقد مكن دور التمويل المالى الضخم الحكومة الاتحادية من أن تحتل مكانة متفوقة بين المستويات الحكومية المختلفة فى قدرتها الفعلية على التأثير فى الشئون الصحية. ويتضح حجم هذا التأثير بالنظر إلى الحصة الاتحادية فى النفقات الصحية الوطنية الكلية وللدعم الكبير من قبل الحكومة الفيدرالية للأنشطة الوقائية.

وكان هناك مبادرات سياسية حديثة لتحجيم الدور الاتحادى القوى واستعادة بعض تأثيره من قبل الولايات خلال التسعينيات الميلادية. ولكن تم إنجاز القليل فى صدد التحول الحقيقى للصلاحية أو السيطرة على الموارد خلال عام ١٩٩٦م. ومن المرجح أن القدرة المالية الضخمة للحكومة الاتحادية سوف تمكنها من الاستمرار فى دورها المسيطر فى علاقاتها مع حكومات الولايات والحكومة المحلية.

وقد شهدت الحكومة المحلية أعظم وأكثر التغيرات إرباكًا فى التأثير النسبى خلال القرن العشرين. قبل عام ١٩٠٠م، كانت الحكومة المحلية تُعدُّ المركز الرئيسى للفعل نتيجة لتطور كل من التدخلات الموجهة للتجمعات السكانية بهدف السيطرة على الأمراض المعدية والإصحاح البيئى والرعاية الخيرية المقدمة للفقراء محليًا. ولكن المشاكل الضخمة المرتبطة بالتمدن المتواصل والفقر الذى ألم بالمدن الكبيرة خلق احتياجات لم يكن من الممكن تلبيتها بالاعتماد على الموارد المحلية فقط. وخارج المدن الكبيرة، أخذت استجابات الحكومة المحلية بصفة عامة شكل إدارات الصحة المحلية التى أنشئت على مستوى الإقليم تحت وصاية حكومات الولايات. وقد نظرت الولايات إلى هذا الوضع كأكثر الأساليب فعالية لممارسة سلطاتها الصحية الواسعة. ودائمًا ما تعاملت الولايات مع الحكومات المحلية بوجه عام ومع إدارات الصحة المحلية خاصةً على أساس كونها أنظمة تبعية لتقديم الخدمات والبرامج المهمة. وفى جميع الأحوال، أسهمت سلطة الولايات والأثر المتنامى للحوافز المالية من خلال برامج المنح الخاص بكل من الحكومة الاتحادية وحكومات الولايات فى التأثير بشكل كبير على الأولويات المحلية. وأصبحت الأولويات تحدد من قبل

المستويات الحكومية الأعلى أكثر من كونها مبنية على تحديد محلى للاحتياجات. وعلى الرغم من أن المطالب والتطلعات كانت توجه من قبل الحكومات المحلية إلا أن القرارات الرئيسية ظلت تصنع فى عواصم الولايات وفى العاصمة الاتحادية واشنطن دى سى (Washington, D. C.). ومن دواعى الأسف وجود بوادر تشير إلى أن الحكومات المحلية فى جميع أنحاء الولايات المتحدة تتحين الفرص كلما استطاعت لتقليل أدوارها فيما يتعلق بكل من الخدمات الإكلينيكية والتدخلات الموجهة للتجمعات السكانية. والاعتقاد السائد هو أن المسئولية عن الخدمات الإكلينيكية يجب أن تلقى على عاتق الحكومة الاتحادية وحكومات الولايات أو القطاع الخاص وأنه حتى خدمات الصحة العامة التقليدية يمكن أن يعاد تمويلها بفعالية. وتثير الكيفية التى سوف تنسجم من خلالها هذه الأفعال مع الاعتقاد الشائع الذى يقول بأن المستوى المحلى هو أفضل السبل لتقديم الخدمات – تساؤلات حقيقة فيما يتعلق بالأدوار الجديدة للإشراف والمسئولية والتى لا يمكن الإجابة عليها بسهولة. وقد فقدت الحكومات المحلية السيطرة على صياغة الأولويات والسياسات وكبحت جماحها تحت وطأة القوانين وقيود المنح المفروضة من قبل مصادر التمويل فى الولايات والحكومة الاتحادية. وكلما ارتفعت التكاليف أخفقت برامج المنح فى مجاراة هذا الارتفاع. ولكن الارتفاع المتزايد فى عدد الأفراد غير المؤمن عليهم كليًا أو جزئيا لايزال يتطلع للحكومات المحلية لتقديم الخدمات. وتحدث هذه الزيادات فى التطلعات والتكاليف فى وقت تعتبر فيه الحكومات المحلية غير قادرة وغير راغبة فى البحث عن موارد ضريبية إضافية. وتدفع التعقيدات فى تنظيم وتنسيق الاستجابات لمشاكل وأخطار الصحة العامة المستجدة على نطاق واسع فى التجمعات السكانية الحكومة المحلية للبحث عن حلول فى أماكن أخرى.

وكانت الولايات بطيئة فى ممارسة سلطاتها الواسعة فى القطاع الصحى إلا أنها تحولت إلى لاعب أساسى منذ النصف الأخير من القرن التاسع عشر. وعلى الرغم من أن نمو التأثير الاتحادى منذ عام ١٩٣٠م قد أدى إلى تراجع الولايات عن مكانتها كأهم المستويات الحكومية إلا أن الدور النسبى للولايات قد تعزز منذ حوالى ١٩٨٠م. وعلى الرغم من ذلك، لاتزال الولايات لاعبًا ثانويًا فى القطاع الصحى. وتفتقد معظم الولايات للوسائل السياسية بالإضافة إلى المكانة، لكى تتدخل بفعالية فى ذلك الجزء من القطاع الصحى الذى يقع داخل حدودها السلطوية. ومما يزيد الأمر تعقيداً هو الإرث التقليدى للولايات الذى يقوم على محاكاة البيروقراطية الفيدرالية الصحية كلما كان ذلك ممكنًا من

خلال اتباع اللامركزية فى القيام بالأدوار والمسئوليات الصحية عن طريق إنشاء العشرات من المؤسسات الإدارية. حيث أصبحت عملية تنسيق البرامج والسياسات والأولويات صعبة بشكل متزايد فى إطار حكومة الولاية. أما خارج حكومة الولاية فإن الأمر قد بلغ درجة الاستحالة. وعلى الرغم من ذلك توفر الظروف المختلفة بشكل كبير بين ولاية وأخرى حقول تجارب للفرص والتى يتم من خلالها تطوير وتقييم أساليب مبتكرة.

كانت العلاقة التقليدية بين حكومات الولايات والحكومات المحلية متوترة وصعبة. وبنفس المنظار الذى تنظر به الحكومة الاتحادية إلى الولايات، أصبحت الولايات نفسها تنظر إلى الحكومات المحلية على أنها أسلوب آخر لعمل الأشياء. وكنتيجة لذلك اتجهت الولايات إلى مصادر أخرى مثل المنظمات العاملة فى التجمعات السكانية وبدأت فى التعامل مع تلك المنظمات بصورة مباشرة محيدة بذلك الحكومات المحلية. ويشكل هذا التحجيم لإدارات الصحة المحلية مجتمعاً مع التقدير المتناقص بين الحكومات المحلية تجاه مؤسساتها الصحية تحديات رئيسية لمستقبل خدمات الصحة العامة فى الولايات المتحدة. وبدلاً من أن تصبح حلفاء أكثر قوة، تعمل هذه القوى على تفتيت بنية شبكة الصحة العامة الوطنية.

وتضع تلك العلاقات المتغيرة والمتطورة على نحو مستمر علامة استفهام حول ما إذا كان بالإمكان تقوية شبكة الصحة العامة الحكومية من خلال أسلوب أكثر مركزية يشمل على دور قيادى وتوجيهى اتحادى أكبر. وفى الأساليب اللامركزية ربما تكون بعض الولايات حقول تجارب حقيقية للابتكار وتقدم خدمات أفضل من تلك التى يمكن تقديمها من خلال الأسلوب المركزى. وهناك العديد من الأمثلة على السياسات والبرامج المبتكرة على مستوى الولاية كما أن هناك أيضاً العديد من الأمثلة على مبادرات ابتكارية من قبل الولايات ولكنها أجهضت من قبل الحكومة الاتحادية. ويمكن اعتبار تاريخ طلبات الولايات بأن تمنح استثناءات من متطلبات قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين شاهداً فى هذا الشأن. فقد انتظرت العديد من الولايات لسنتين أو أكثر موافقة الحكومة الاتحادية للحصول على استثناءات ضرورية للبدء فى برامج مبتكرة إلا أن أنها فى الواقع رفضت بعض أكثر المقترحات ابتكاراً. وعلى الرغم من ذلك يمكن الجدل بأن العمليات السياسية فى الولايات تعكس بشكل أكبر القيم السياسية المختلفة التى يجب التوفيق فيما بينها لكى يتم تطوير السياسات التقدمية.

مثال:

إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين:
سلامة السيارات والمركبات

(لا تعتبر الهيئات الصحية فى الولايات والمحليات المنظمات الحكومية الوحيدة التى تعمل على تخفيف عبء المرض واعتلال الصحة فى المجتمع. وتعتبر الإصابات المرتبطة بالسيارات والمركبات الآلية مثالاً رئيسيًا فى هذا الصدد. وتلعب الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات والحكومات المحلية أدوارًا مهمة من خلال الهيئات التى تعرف بشكل أفضل من خلال مسئوليات أخرى مثل فرض القانون والمواصلات. وتضيف التعقيدات المرتبطة بالحكومة وتنوع مؤسساتها بعدًا مهمًا لممارسة الصحة العامة وإن كان هذا البعد ليس بالضرورة أكثر الأبعاد أهمية)

يجسد الانخفاض فى معدل الوفاة المنسوبة لحوادث السيارات فى الولايات المتحدة استجابة الصحة العامة الناجحة للتقدم التكنولوجى الرائع فى القرن العشرين والذى يمكن أن يطلق عليه "موطرة أمريكا" (the motorization of America). حيث بلغ عدد الأفراد الذين يقودون السيارات اليوم ستة أضعاف ما كان عليه الحال فى عام ١٩٢٥م كما زاد عدد السيارات فى الولايات المتحدة بمقدار ثمانية أضعاف منذ ذلك الحين ليصل إلى حوالى ٢١٥ مليون سيارة. إضافة إلى أن عدد الأميال المقطوعة بالسيارة تفوق بعشرة أضعاف ما كان عليه فى منتصف العشرينيات من القرن العشرين. وعلى الرغم من هذا الارتفاع الحاد فى المسافة المقطوعة بالسيارة، انخفض المعدل السنوى للوفاة من ١٨ لكل ١٠٠ مليون ميل مقطوع بالسيارة ((vehicle miles traveled (VMT)) فى عام ١٩٢٥م إلى ١,٧ لكل ١٠٠ مليون ميل مقطوع بالسيارة فى عام ١٩٩٧م، ويمثل هذا انخفاضًا بنسبة ٩٠٪ (شكل ٤-٩).

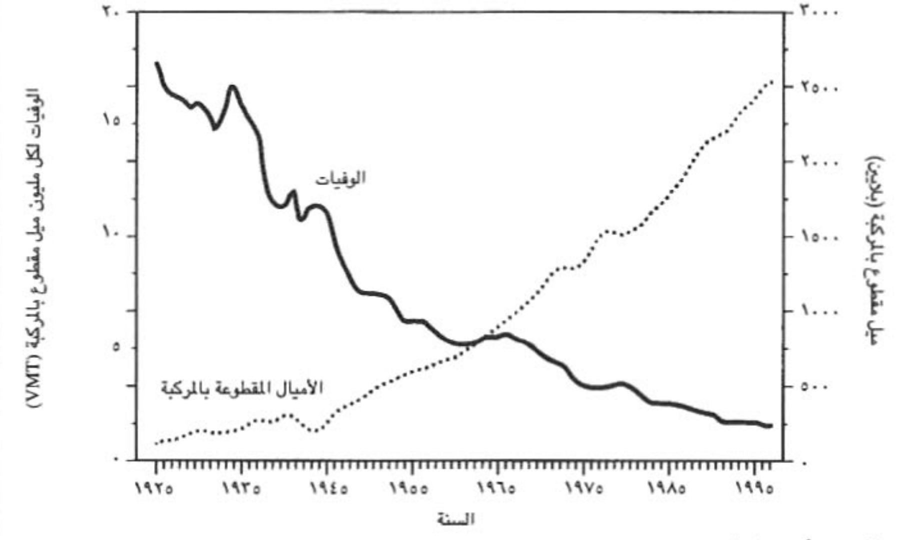
وقد بدأت الجهود المنظمة فى مجال سلامة المركبات خلال الستينيات الميلادية. فى عام ١٩٦٠م، تسببت الإصابات غير المتعمدة فى ٩٣,٨٠٣ وفاة نتج ٤١٪ منها بسبب تصادم السيارات. وفى عام ١٩٦٦م وبعد خمس سنوات من الارتفاع المتواصل فى معدلات الوفيات المرتبطة بالسيارات، تأسس المكتب الوطنى لسلامة الطرق ((the National Highway Safety Bureau (NHSB)) نتيجة لصدور قانون سلامة الطرق (the Highway Safety Act) والتى أصبحت تعرف فيما بعد بالإدارة الوطنية للسير فى الطرق السريعة ((the National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA)). وقد بدأ الأسلوب المنظم للوقاية من الإصابات المرتبطة بالمركبات بأول مدير للمكتب الوطنى لسلامة الطرق السريعة الدكتور ويليام هيدون .(Dr. William Haddon). حيث أدرك هيدون، وهو طبيب متخصص فى الصحة العامة، بأنه يمكن تطبيق أساليب الصحة العامة وعلم الأوبئة القياسية للوقاية من الإصابات المرتبطة بالمركبات والإصابات الأخرى. وقام هيدون بتحديد التفاعلات بين الطرف المعرض للإصابة (host) (وهو الإنسان) والمسبب للإصابة (agent) (وهو فى هذه الحالة المركبات) والعوامل البيئية (الطريق) قبل وفى أثناء وبعد الحوادث المؤدية للإصابات. وللتصدى للمشاكل التى تم تحديدها والمرتبطة بكل عامل خلال كل مرحلة من حادث التصادم، بدأ المكتب الوطنية لسلامة الطرق (NHSB) بحملة للوقاية من الإصابات المرتبطة بالمركبات.

تابع – مثال:

فى عام ١٩٦٦م، منح صدور قانون سلامة الطرق السريعة وقانون السير الوطنى وسلامة المركبات (the National Traffic and Motor Vehicle Safety Act) الحكومة الفيدرالية صلاحية التدخل وتنظيم المواصفات الخاصة بالمركبات والطرق، وتعتبر هذه المواصفات آليةً ضرورية للوقاية الفعالة. ونتج عن هذا القانون العديد من التغيرات فى تصميم كل من السيارات والطرق. حيث تم تصنيع السيارات (المسبب للإصابة) بمواصفات سلامة جديدة والتى شملت مساند الرأس وعجلات القيادة الممتصة للصدمات (energy-absorbing steering wheels) والحواجب الزجاجية المقاومة للتهشم (shatter-resistant windshields) وأحزمة السلامة. كما تم تحسين الطرق (البيئة) عن طريق التحديد الأفضل للمنعطفات (باستخدام الخطوط العاكسة لحافة ووسط الطريق) واستخدام إشارة الافتراق عن الطريق وأعمدة السحب المتعددة الأغراض والإنارة المحسنة وإضافة الحواجز الفاصلة فى الطرق ذات الاتجاهين والحواجز الواقية (guardrails). وقد كانت النتائج المترتبة عن هذه الإجراءات سريعة. حيث إنه وبحلول عام ١٩٧٠م اتجهت معدلات الوفاة المرتبطة بالمركبات إلى الانخفاض بمقياس الصحة العامة وهو (الوفيات لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة) وبمؤشر سلامة السير وهو (الوفيات لكل ميل مقطوع بالسيارة) (شكل ٤–١٠).

شكل (٤–٩)

معدلات الوفيات المرتبطة بالمركبات لكل مليون ميل مقطوع (VMT) والأميال السنوية المقطوعة بالمركبات (Annual VMT)، بالسنة – الولايات المتحدة، ١٩٢٥–١٩٩٧م



المصدر أعيد طباعته من:

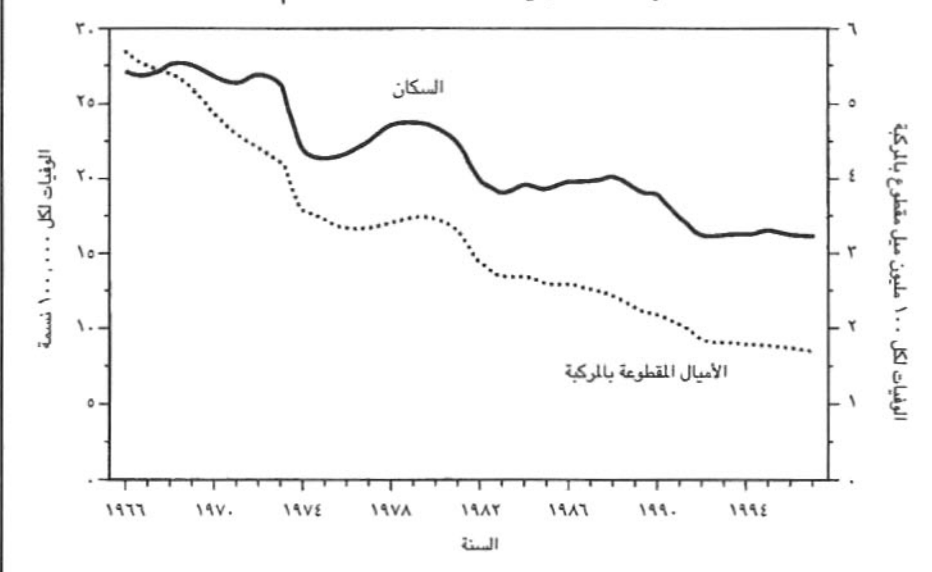
Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Motor Vehicle Safety, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 48, No. 18, pp. 369-374, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

تابع – مثال:

كما أدت أيضًا التغيرات فى سلوك السائق والراكب (الأطراف المعرضة للإصابة) إلى انخفاض حوادث التصادم والإصابات المرتبطة بالسيارات. وأدى سن وتطبيق القوانين الخاصة بسلامة السير، المدعومة ببرامج التوعية، إلى اتباع سلوكيات أكثر أمنًا. وتشمل الأمثلة فى هذا الشأن تطبيق القوانين التى تمنع القيادة فى أثناء الوقوع تحت تأثير المسكرات (driving while intoxicated (DWI)) وتعاطى الكحول قبل بلوغ السن القانونية وفرض استخدام أحزمة السلامة واستخدام مقاعد السلامة للأطفال فى أثناء ركوبهم السيارة وقوانين استخدام الخوذات فى أثناء ركوب الدراجات.

شكل (٤–١٠)

معدلات الوفيات المرتبطة بالمركبات لكل ١٠٠٫٠٠٠ نسمة ولكل ١٠٠ مليون ميل مقطوع (VMT)، بالسنة – الولايات المتحدة، ١٩٦٦–١٩٩٧م



المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Motor Vehicle Safety, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 48, No. 18, pp. 369-374, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

كما دفع إدراك الحكومة والمجتمع للحاجة الماسة لسلامة المركبات إلى البدء فى البرامج المنظمة من قبل الحكومة الفيدرالية وحكومة الولايات والمؤسسات الأكاديمية والمنظمات العاملة فى التجمعات السكانية والقطاع الصناعى. وقد لعبت كل من الإدارة الوطنية للسير فى الطرق السريعة والإدارة الفيدرالية للطرق السريعة (the Federal Highway Administration) التابعة لوزارة المواصلات الأمريكية (Department of Transportation) دورًا قياديًا ووطنيًا فى جهود سلامة السير والطرق

تابع – مثال:

منذ الستينيات الميلادية. كما أسهم المركز الوطنى للوقاية والسيطرة على الإصابة (the National Center for Injury Prevention and Control)، والذى تم إنشاؤه ضمن مراكز الوقاية والسيطرة على المرض فى عام ١٩٩٢، فى توفير التوجيه المتعلق بالصحة العامة. وقامت حكومات الولايات والحكومات المحلية بسن وفرض القوانين ذات الصلة بسلامة المركبات والطرق وبمنح رخص القيادة والاختبارات اللازمة للحصول عليها وفحص المركبات وأنظمة السير. وقد تطلبت الوقاية من الإصابات المرتبطة بالمركبات تعاون العديد من التخصصات المهنية (فعلى سبيل المثال كان إسهام حقل الميكانيكا البيولوجية (biomechanics) ضرورياً فى تصميم المركبات وفى مواصفات السلامة فى الطرق). كما لعب المواطنون ومجموعات التأييد فى التجمعات السكانية أدواراً وقائية مهمة فى مجالات مثل تعاطى الكحول فى أثناء القيادة وحماية الطفل الراكب. وانسجاماً مع علاقات التعاون بين القطاعين العام والخاص والتى صبغت جهود سلامة المركبات، نظمت الإدارة الوطنية للسير فى الطرق السريعة حملة أسبوعية بعنوان "اربطى حزام السلامة أمريكا" (Buckle Up America) ركزت على الحاجة الدائمة إلى تثبيت الأطفال بإحكام فى مقاعد السلامة المخصصة للأطفال فى أثناء ركوبهم فى السيارة.

الفئات السكانية الأكثر عرضة للخطر (High-Risk Populations):

السائقون الواقعون تحت تأثير الكحول (Alcohol-Impaired Drivers):

انخفض معدل الوفيات السنوى المرتبط بحوادث تصادم السيارات الناجمة عن تعاطى الكحول بنسبة ٣٩٪ منذ عام ١٩٨٢م إلى حوالى ١٦,٠٠٠ وتمثل هذه الوفيات ٣٨,٦٪ من مجموع حوادث السير. وتشمل العوامل التى ربما تكون قد أسهمت فى هذا الانخفاض ارتفاع الوعى العام بالأخطار المترتبة على القيادة تحت تأثير المسكرات وقوانين الولايات الجديدة الأكثر صرامة والحزم فى تطبيق القانون وزيادة الحد الأدنى للسن القانونية للمسموح لهم بتعاطى الكحول والبرامج الوقائية التى تتيح التنقل الآمن (مثل سيارات الأجرة والمواصلات العامة) والقوانين الخاصة بالسائقين الموكلين بمهمة القيادة (designated drivers) والممارسات المسئولة من قبل محلات بيع الكحول وانخفاض معدل الاستهلاك الفردى للكحول.

السائقون والركاب صغار السن (Young Drivers and Passengers):

منذ عام ١٩٧٥م، انخفضت معدلات الوفيات المرتبطة بالمركبات بنسبة ٢٧٪ بين الركاب والسائقين صغار السن (ذوى الأعمار من ١٦–٢٠ سنة). ولكن بلغ معدل الوفاة ٢٨,٣ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة فى عام ١٩٩٧م، وتمثل هذه النسبة ضعف معدل الوفيات لسكان الولايات المتحدة البالغ ١٣,٣ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة. وتزيد احتمالية قيام السائقين القصر بقيادة السيارة بسرعة وقطع إشارات المرور والدوران بطريقة غير نظامية والركوب مع سائق مخمور والقيادة بعد تعاطى الكحول أو المخدرات عنها بين فئة السائقين الأكبر سناً. وتشمل الإستراتيجيات التى أسهمت فى تحسين سلامة المركبات بين السائقين صغار السن على القوانين التى تمنع شراء الكحول من قبل الشباب ممن هم دون السن القانونية وبعض الجوانب المتعلقة بأنظمة منح رخص القيادة التدريجية (مثل القيود المفروضة على القيادة فى أثناء أوقات الليل).

تابع – مثال:

المشاة (Pedestrians):

من عام ١٩٧٥م وحتى عام ١٩٩٧م، انخفضت معدلات وفيات المشاة بنسبة ٤١٪، من ٤٪ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة فى عام ١٩٧٥م إلى ٢,٣٪ فى عام ١٩٩٧م. ولكن لاتزال وفيات المشاة مسئولة عن ١٣٪ من الوفيات المرتبطة بالمركبات. وتشتمل العوامل التى ربما تكون قد أسهمت فى انخفاض وفيات المشاة على الزيادة فى عدد وجودة الأرصفة المخصصة للمشاة وخطوط السير المخصصة للمشاة والملاعب البعيدة عن الطرق واستخدام مسارات السير الأحادية الاتجاه والقيود المفروضة على وقوف السيارات على جنبات الطرق.

أنظمة حماية الركاب (Occupant-Protection Systems):

أحزمة السلامة (Safety Belts):

استجابة للقوانين التشريعية وتطبيق القانون بصورة علنية وتثقيف العامة، ارتفعت معدلات استخدام أحزمة السلامة على المستوى الوطنى من حوالى ١١٪ فى عام ١٩٨١م إلى٦٨٪ فى عام ١٩٩٧م. وقد بدأ الارتفاع فى استخدام أحزمة السلامة بعد سن أولى القوانين القسرية على مستوى الولاية المرتبطة باستخدام أحزمة السلامة. ويوجد اليوم قوانين خاصة باستخدام أحزمة السلامة فى جميع الولايات باستثناء ولاية نيو هامبشير (New Hampshire). وتعتبر القوانين الرئيسية (التى تسمح للشرطة بإيقاف المركبات لمجرد عدم ربط الركاب لأحزمة السلامة) أكثر فعالية من القوانين الثانوية (التى تستوجب إيقاف المركبة بسبب مخالفات سير أخرى غير عدم ربط حزام السلامة). وقد ارتفع معدل استخدام أحزمة السلامة بعد تطبيق القوانين الرئيسية بمعدل ١,٥-٤,٣ ضعفًا وانخفضت معدلات الوفاة المرتبطة بالمركبات بنسبة ١٣- ٤٦٪.

سلامة الطفل والمقاعد الخاصة بركوب الأطفال (Child Safety and Booster Seats):

قامت جميع الولايات بإصدار قوانين لحماية الطفل الراكب ولكن تلك القوانين تتفاوت على نحو شاسع فيما يتعلق بمتطلبات العمر والحجم والجزاءات المفروضة على المخالفين. وقد بلغت نسبة استخدام مثبت الطفل فى عام ١٩٩٦م ٨٥٪ للأطفال ممن هم دون السنة الأولى من العمر و٦٠٪ بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ١-٤ سنوات. ومنذ عام ١٩٧٥م، انخفضت الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات بنسبة ٣٠٪ لتصل إلى ٣,١ لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة. ولكن معدلات الوفيات للفئات العمرية بين ٥-١٥ سنة انخفضت بنسبة ١١-١٣٪ فقط. ويساء استخدام مقاعد الأطفال بنسبة تصل إلى ٨٠٪ من قبل مستخدميها. بالإضافة إلى إخفاق الآباء والأمهات فى إدراك حاجة أولئك الأطفال التى تكون أجسامهم كبيرة لدرجة لا تمكنهم من الجلوس فى المقاعد الخاصة بركوب الأطفال ولكنها كبيرة بالقدر الذى تسمح بأن يثبتوا بأمان عن طريق استخدام حزام الكتف الخاص بالبالغين.

المصدر بتصرف من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Motor Vehicle Safety, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 48, No. 18, pp. 369-374, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

خاتمة:

يشمل البناء التنظيمي للصحة العامة فى الولايات المتحدة شبكةً من مؤسسات الصحة العامة فى الولايات والمحليات تعمل بصورة مشتركة مع الحكومة الاتحادية. وهذا الإطار متوازن بشكل وطيد على أساس قانونى يمنح الأولوية فى الشئون الصحية للولايات وعلى أساس مالى يسمح للحكومة الفيدرالية بتعزيز المساواة ووضع حد أدنى من المواصفات عبر الخمسين ولاية المختلفة وأساس عملى من مؤسسات الصحة العامة المحلية تؤدى خدماتها عند نقطة التماس بين التجمعات السكانية وبين حكومتهم ذات المستويات الثلاثة. عبر الوقت تحول التأثير النسبى لهؤلاء الشركاء الثلاثة بشكل سريع بسبب التغير فى الحاجات والموارد وتطلعات العامة. وهناك تحديات عديدة تعترض سبيل هذا البناء التنظيمي. فيما يخص تلك المتعلقة بالوظائف الأساسية للصحة العامة فإنه سوف يتم التطرق إليها فى الفصل اللاحق من هذا الكتاب، أما تلك الناشئة عن التغير السريع فى النظام الصحى وعن التوسع فى ممارسة الصحة العامة فى التجمعات السكانية فسوف يتطرق إليها فى الفصل الثالث والفصل الثامن من هذا الكتاب. هناك العديد من الدعوات التى تناشد الحكومة الوطنية بأن تسلم العديد من البرامج العامة إلى القطاع الخاص كما أن هناك قلقًا متزايداً حول دور الحكومة بصفة عامة. وتجعل هذه التطورات من نسيان العديد من إنجازات الصحة فى القرن الماضى التى لم تكن لتحقق لولا التسخير الجاد للموارد والقيادة من قبل من يعملون فى القطاع العام أمراً سهلاً. وفى جميع الأحوال فإنه من الواضح أن البناء التنظيمى للصحة العامة (أو هيكليتها) يعكس بشكل صريح تنظيم الحكومة فى الولايات المتحدة. وكنتيجة لذلك، فإن نجاح أو فشل مؤسسات الصحة العامة تلك سوف يحدده مدى نجاحنا فى حكم أنفسنا.

أسئلة وتمارين للمناقشة

١- ما الأساس القانونى للصحة العامة فى الولايات المتحدة، وما أثر هذا الأساس القانونى على سلطات الصحة العامة الخاصة بالحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات والحكومات المحلية؟

٢- كيف يمكن لتطبيق أنظمة السيطرة على الأذى أن يكون فى صالح وضد مؤسسات الصحة العامة فى آن واحد؟

٣- ماذا يقصد بسلطة الولاية فى تنظيم المجتمع (state's police power) وكيف تستخدم هذه السلطة فى الصحة العامة؟

٤- ما أساس التوتر التاريخى بين سلطات الحكومة الفيدرالية وسلطات حكومة الولايات فى ما يتعلق بشئون الصحة العامة؟

٥- راجع ملحق (٤-أ). ما مدى شمولية القانون الإدارى فى الصحة العامة وكيف يعمل؟ وثق أحد الأمثلة الحديثة لقوانين أو أنظمة الصحة العامة المهمة فى وسائل الإعلام الإخبارية؟

٦- صف البناء التنظيمى الأساسى لإدارة صحة محلية نموذجية فى الولايات المتحدة من حيث نوعها وحجم السلطة القضائية التى تقدم لها الخدمة والميزانية والعاملون بها ورئيس المؤسسة. (ربما يكون موقع الإنترنت الخاص بالرابطة الوطنية لمسئولى الصحة فى الأقاليم والمدن (The National Association of County and City Health Officials) مفيداً فى هذا الشأن)؟

٧- كيف تختلف أو تتشابه الإدارة التى قمت بوصفها مع إدارة صحة محلية نموذجية فى الولاية التى تقيم بها؟ للوقاية من الإصابات الناجمة عن المركبات الآلية (انظر إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: سلامة المركبات)، كيف يتم تحديد أو تفويض المسئوليات بين المستويات الثلاثة للحكومة (الاتحادى، الولايىّ، المحلى) وبين الهيئات المختلفة التابعة لتلك المستويات الحكومية؟ من هو المسئول عن ماذا؟

٨- ما الأدوار والمسئوليات الاتحادية الرئيسية فى مجال الصحة العامة فى الولايات المتحدة؟ كيف تنسجم هذه الأدوار والمسئوليات مع طلبات الميزانية الخاصة بمصلحة الصحة العامة للسنة المالية الاتحادية ١٩٩٩م (انظر شكل ٤-٤).

٩- راجع كلاً من تاريخ الصحة العامة فى مدينة شيكاغو (Chicago) الوارد فى (ملحق ١-أ) وتاريخ مراكز السيطرة والوقاية من المرض الوارد فى (توضيح ٤-٢). هل سلكت هيئات الصحة العامة المحلية والفيدرالية فى نشأتها طرقًا متوازية؟ كيف اختلف تطور تلك الهيئات من حيث الأدوار والمسئوليات؟ ما الدلالات الضمنية لأوجه الشبه والاختلاف تلك على مشاكل الصحة العامة التى تتطلب تدخل أكثر من مستوى حكومى واحد؟

١٠ - قم بزيارة موقعين من مواقع الإنترنت الخاصة بأى إدارتين من إدارات الصحة التابعة لولايتين فى الولايات المتحدة الأمريكية. بيِّن أوجه الشبه والاختلاف بين المنظمتين من حيث البناء التنظيمى والوظائف العامة والخدمات الخاصة والموارد وبعض الخصائص المهمة الأخرى. (ربما يكون موقع الإنترنت الخاص برابطة ممثلى الصحة فى الولايات والمستعمرات (The Association of State and Territorial Health Officials) مفيداً فى هذا الشأن).

المراجع:

١- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). History of CDC. MMWR. Morb Mortal Wkly Rep. 1996; 45:526-528.

٢- Profile of State and Local Public Health Systems 1990. Atlanta, GA: CDC; 1991.

٣- Shonick W. Government and Health Services: Government's Role in the Development of the U.S. Health Services 1930-1980. New York: Oxford University Press; 1995.

٤- Pickett G, Hanlon JJ. Public Health Administration and Practice. 9th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1990.

٥- Jacobson v Massachusetts. 197 US 11 (1905).

٦- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). The Fiscal Year 1999 Budget. Washington, DC: DHHS; 1999.

٧- DHHS. Healthy People 2000. Washington, DC: U.S. Public Health Service (PHS); 1990.

٨- Public Health Foundation. Public Health Macroview. 1995; 7(1):1-8.

٩- Burke TA, Shalauta NM, Tran NL, Stern BS. The environmental web: A national profile of the state infrastructure for environmental health and protection, J Public Health Manage Pract. 1997;3(2):1-12.

١٠- Gebbie KM. State public health laws: An expression of constituency expectations. J Public Health Manage Pract. 2000;3(2):46-54.

١١- Core Public Health Functions Steering Committee. Public Health in America. Washington, DC: DHHS-PHS; 1994.

١٢- NACCHO. Profile of Local Health Departments 1996-1997 Data Set. Washington, DC: NACCHO; 1997.

١٣- Fact Sheet. Washington, DC: National Association of County and City Health Officials (NACCHO); 1991.

١٤- NACCHO. Profile of Local Health Departments 1992-1993. Washington, DC: NACCHO; 1995.

١٥- CDC Achievements in public health, United States, 1900-1999: Motor vehicle safety. MMWR. Morb Mortal Wkly Rep. 1999;8(18):369-374.

ملحق ٤-أ
القانون الإدارى

لا ترتبط أكثر التفاعلات القانونية التى تواجه الغالبية من الناس (والمؤثرة على كل من المشتغلين بالصحة والمستهلكين) بالقوانين الدستورية والقضائية أو حتى التشريعية. وإنما تظهر تلك التفاعلات من خلال ذلك النظام الفرعى وهو القانون الإدارى والذى يعنى بتطوير وتطبيق اللوائح من قبل مؤسسة إدارية. ويؤثر القانون الإدارى فى حياة الناس اليومية بطرق شتى. فهو يؤثر فى الناس بصورة شخصية (حتى فى نواحٍ ذات خصوصية بالغة) من خلال بعض المتطلبات مثل استكمال التحصينات للأطفال قبل الالتحاق بالمدرسة أو ما يتطلبه القانون من تحديد من لهم اتصال جنسى مع الأشخاص المصابين ببعض الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس. كما يؤثر القانون الإدارى أيضاً على ممتلكاتنا: فعلى سبيل المثال قد يضع القانون بعض الشروط الخاصة بحقول المجارى الصحية (septic fields) التى قد تحول بيننا وبين خطتنا فى بناء منزل نقضى فيه إجازة الأحلام على قطعة أرض مناسبة ومطلة على بحيرة. كما أن القانون الإدارى يؤثر فى العديد منا أيضاً مهنياً وخاصة فيما يتعلق بمنح الرخص للمهن الصحية وغيرها من المهن الأخرى. وهذه مجرد أمثلة قليلة على حجم ومدى التأثير الذى أصبح يحظى به القانون الإدارى فى مجتمع أمريكا الحديثة.

وللوهلة الأولى يبدو أن القانون الإدارى ينتهك أو على الأقل يمس أكثر المبادئ الأساسية رسوخاً فى الحكومة الأمريكية ألا وهو الفصل بين السلطات التشريعية والتنفيذية والقضائية من خلال نظامه الموسع فى الرقابة والتوازن بين السلطات (checks and balances). وتعنى السلطة التشريعية بعملية صياغة ونشر القانون الإدارى. أما تطبيق القانون من خلال عمليات التفتيش وغيرها من الوسائل فتباشره السلطة التنفيذية. وأخيراً تختص السلطة القضائية بتحديد مدى الالتزام بأحكام القانون وذلك من خلال عقد الجلسات للاستماع للشهادات والإدلاء بوجهات النظر وإقامة الاستئنافات قبل إصدار القرار النهائى. وعلى الرغم من أن دورة تنفيذ القوانين الإدارية يمكن أن تكون معقدة إلا أنها تمثل صورة ممتعة للعمليات الحكومية فى مجال الصحة العامة.

وتبدأ العملية القانونية بسن قانون يمنح الهيئة الإدارية الصلاحية لإعداد القواعد واللوائح لتحقيق مقاصد المشرع من القانون الصادر حديثاً. وربما تكون هذه الصلاحية

مقصورة على جوانب محددة من القانون أو ربما يبين القانون بشكل عام الغاية التشريعية ويترك للهيئة أو المؤسسة الإدارية حرية واسعة فيما يتعلق بنطاق ومحتوى اللوائح اللازمة للتطبيق. ومن ثم تشرع الهيئة فى إصدار اللوائح والتى يسهم فى صياغتها خبرات تقنية فى المجال أو البرنامج الذى ينظمه القانون وذلك بالإضافة إلى المستشارين القانونين التابعين للهيئة أو من المكتب القانونى للحكومة (مثل مكتب المدعى العام على مستوى الولاية أو مكتب محامى الولاية للإقليم أو مكتب المستشار المتعاون للمدينة). ويشارك فى وضع اللوائح العاملون فى الهيئة الإدارية المسئولون عن العلاقات الحكومية على نحو متزايد؛ لأن عملية إصدار اللوائح تتطلب التعاون مع الفرع التشريعى للحكومة. وربما يتم إشراك الأطراف ذات العلاقة وخاصة تلك المنظمات أو القطاعات الصناعية التى سوف تتأثر بالقانون والأنظمة فى المراحل الأولية لصياغة اللوائح والأنظمة الإجرائية إما من خلال المجالس القائمة والهيئات الاستشارية أو من خلال مجموعات خاصة مشكلة لهذا الغرض للتعرف على وجهات النظر المختلفة. ثم يتم تقديم ما تم صياغته من قواعد قانونية باعتبارها مشروعات لوائح.

وقد تعقد جلسات عامة للاستماع للشهادات ولعرض وجهات النظر حول مشروعات اللوائح المقترحة أو منح فترة زمنية محددة لإتاحة الفرصة للأطراف ذات العلاقة ولعامة الناس للتعليق وإبداء الرأى حول اللوائح أو القوانين المقترحة. ويجب على الهيئة الإدارية أو المؤسسة أن ترد رسمياً على ملاحظات الجمهور كما أن عليها أن تبين الأسباب التى دعتها لعدم إجراء تعديل على مشروعات اللوائح المقترحة فى ضوء تلك الملاحظات. وبعد ذلك تجرى مراجعة اللوائح وإدخال التعديلات المطلوبة عليها ومن ثم إحالتها إلى اللجنة أو الهيئة التشريعية المختصة والتى تقرر عندئذ فى مدى اتساق هذه اللوائح المقترحة مع مقاصد الهيئة التشريعية وتنظر إن كان نطاق تلك اللوائح يتجاوز حدود الصلاحية المقررة قانوناً. كما تقوم الهيئة المختصة أيضاً بمراجعة ردود المؤسسة الإدارية على الملاحظات والتعليقات التى تلقتها من الأطراف المعنية ومن عامة الناس. وتعد هذه الخطوة فرصة أخرى للمجموعات المعنية بالقانون والمتأثرين به لكى يسهموا بشكل فعال فى الشكل النهائى للأنظمة واللوائح. وبعد الفراغ من التعليقات والاعتراضات الصادرة من جهة الإختصاص التشريعى، تقوم المؤسسة أو الهيئة الإدارية بوضع اللوائح فى صيغتها النهائية ومن ثم تبدأ فى تطبيقها. وفى حالة اختيار المؤسسة الحكومية عدم القيام بإجراء التعديلات المقترحة من قبل جهة الاختصاص التشريعى فإنها بذلك تواجه احتمال إدخال تعديلات ذات صياغة أكثر تحديداً على القانون أو الدخول فى نزاع مع السلطة التشريعية. وعند إجازة اللوائح فى صيغتها النهائية يتم توزيعها على نطاق واسع للجماعات المتأثرة

بها ومن ثم يبدأ فى تطبيقها وفقًا لما تقضى به أحكامها. وقد تستغرق هذه العمليات وقتًا طويلاً يتراوح بين ٦-١٨ شهراً أو أكثر بعد سن القانون.

وتسند مهمة تنفيذ وتطبيق اللوائح عادة إلى العاملين فى برامج معينة داخل المؤسسة. وبالنسبة لبرامج إصدار الترخيص ربما يكون هؤلاء العاملون من المساحين أو المفتشين. أما بالنسبة للبرامج الأخرى، يكون هؤلاء من العاملين المتخصصين أو الإداريين. ويتم جمع الأدلة التى تثبت الالتزام بالمتطلبات القانونية والتنظيمية فى العديد من برامج الترخيص من خلال حملات التفتيش الروتينية أو من خلال التفتيش المتعلق بالشكاوى. وبناء على خطورة المخالفة وإلى حد أقل على عدد المخالفات، قد يؤدى إصدار حكم بعدم الالتزام إلى المطالبة باتخاذ إجراءات محددة لتصحيح المخالفات وفرض عقوبات محددة (طبقًا لما تنص عليه القوانين واللوائح). وبوجه عام هناك فرصة للاعتراض على تلك القرارات والتصرفات قبل أن تصبح نهائية. وفى حالة الاعتراض عليها، تعقد جلسة أمام المختص بسماع الشهادات فى الهيئة الإدارية يتم فيها الإدلاء بالشهادات وتقديم الأدلة. ويقوم المستشارون القانونيون التابعون للمؤسسة الحكومية (أو للمستوى الحكومى) بالعمل بوظيفة الادعاء العام. ويقوم العاملون فى البرنامج والذين ربما أسهم بعضهم فى عملية صياغة اللوائح بمهمة الشهود. ويتم جمع ملف رسمى بالوقائع ومن ثم يقدم المختص بالسماع للشهادات فى الهيئة الإدارية توصية لرئيس الهيئة الذى يصدر القرار النهائى.

وهناك العديد من العوامل التى تبرر تجاوز مبدأ فصل السلطات. ويعتبر المبرر الأساسى الذى يجيز لهيئة واحدة القيام بهذه المهام هو أن تلك الهيئات عادة ما تعمل فى مجال محدود وضيق يتطلب مستوى عاليًا من الخبرة الفنية أو التقنية للتأكد من تحقق غاية الهيئة التشريعية. ومع التوسع السريع فى العلوم والتكنولوجيا فى العديد من المجالات، وعلى وجه خاص فى النظام الصحى، تبرز الحاجة المتزايدة إلى الخبرة الفنية والمهنية لصياغة وتطبيق التفاصيل التى تستوجبها تنفيذ الغاية التشريعية. كما أدى التوسع فى المسئوليات التنظيمية للحكومة أيضًا إلى زيادة الحاجة إلى القانون الإدارى لأنه لم يعد مقبولاً أن تحاول الهيئات التشريعية القيام بصياغة تفاصيل دقيقة جداً فى قوانين. إذ غالبًا ما تعكس تلك التفاصيل معايير أو مواصفات فنية يتم تحديثها بصفة دورية مما يتطلب مراجعة وإدخال تعديلات على القوانين الموجودة. وترتبط جميع هذه الأسباب بزيادة التعقيد فى المجتمع وإلى الحاجة إلى خبرات خاصة لتطبيقها فى مجالات ضيقة ومنفصلة بأسلوب يمتاز بالسرعة والتخصصية.

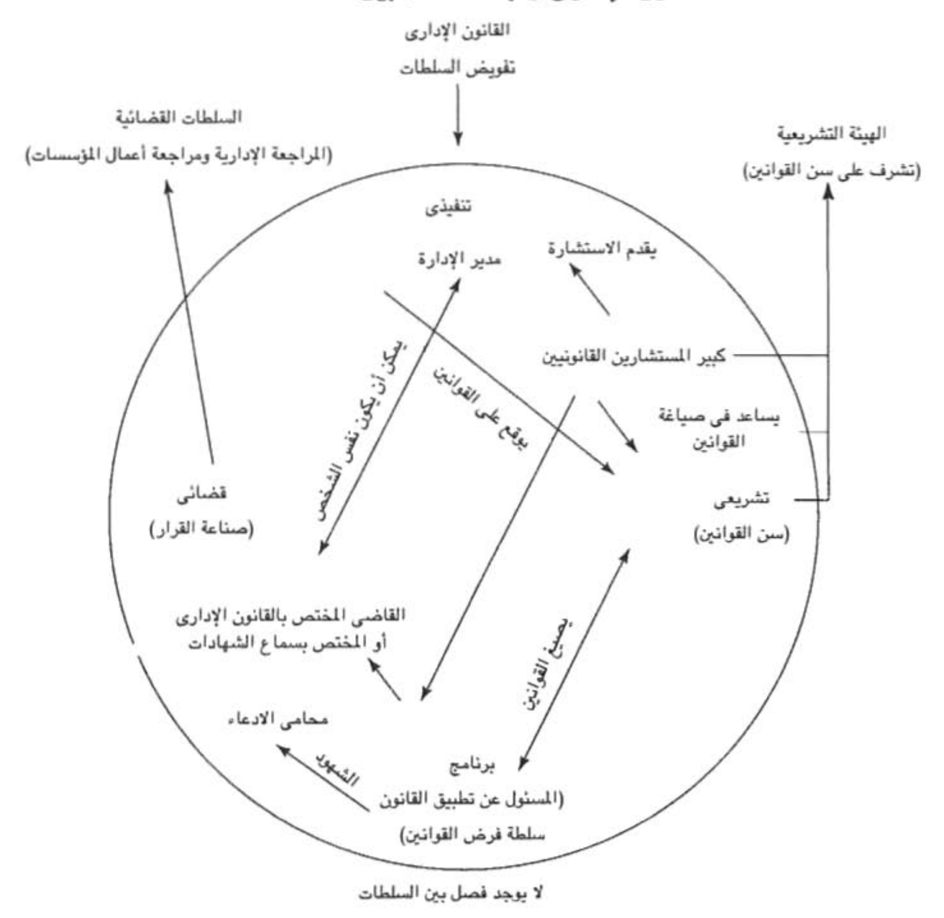
وعلى كل حال فإن القانون الإدارى لا يخلو تماماً من مفهوم أو نظام الرقابة والتوازن بين السلطات كما هو موضح فى الشكل (٤-١أ). حيث توجد نقاط تحكم فى كل من مرحلة صياغة اللوائح وفى المراجعة القضائية على القرارات الإدارية النهائية. وبوجه عام، توجد لجنة أو هيئة من المختصين بالتشريع تشرف على صياغة ونشر اللوائح للتأكد من أن الغاية التشريعية قد تم أخذها فى الحسبان وأن الهيئة الإدارية لا تقوم بتجاوز الصلاحية الممنوحة لها بموجب القانون. ويشتمل هذا الإشراف عادة على اشتراطات لإشعار العامة عن اللوائح والأنظمة المقترحة وفى استخدام الردود الكتابية من قبل الهيئة الإدارية للإجابة على ملاحظات العامة الواردة إلى الهيئة نتيجة لعقد جلسات الاستماع للشهادات والإدلاء بوجهات النظر أو نتيجة للنشر العام للوائح المقترحة. وعليه من الممكن تعديل أو إلغاء اللوائح المقترحة متى كان ذلك ضرورياً. كما تقوم الرقابة التشريعية أيضاً بتحذير الهيئة الإدارية بأن أى تجاوز ضمنى أو صريح سوف يقابل بقوانين أكثر تحديداً تؤدى فى نهاية المطاف إلى تقييد استقلالية الهيئة الإدارية فى إعداد اللوائح والأنظمة فى مجال معين.

وتبرز نقطة التحكم الثانية من خلال المراجعة القضائية على القرارات النهائية للهيئة الإدارية. حيث يجوز الاعتراض على أى قرار صادر عن الهيئة الإدارية يؤثر سلبيًا فى طرف ما وذلك من خلال المراجعة القضائية. ويؤدى هذا إلى إحالة تصرفات وقرارات الهيئة الإدارية إلى المحاكم المختصة بنظرها والتى لها أن تؤيد أو تلغى قرارات الهيئة الإدارية والتى تشمل الغرامات وغيرها من الجزاءات الإدارية، كما تظل الاستئنافات متاحة حتى إلى مستويات أعلى من المراجعة القضائية. وتركز هذه الخطوات بصفة عامة على مسائل إجرائية أكثر من تركيزها على مسائل الإثبات المعتمدة على سجل الوقائع وما توصلت إليه الهيئة الإدارية من خلال عملية التحكيم القضائى الخاصة بها. وتدعى معظم الاستئنافات التى عرضت على المراجعة القضائية بأن الهيئة الإدارية لم تقم بتنفيذ لوائحها بالشكل الصحيح. وهناك دعاوى للنظر فيها من جهة المراجعة القضائية يطلب أصحابها من الهيئة الإدارية اتخاذ قرار كان من الواجب عليها اتخاذه ولكنها تقاعست عن اتخاذه. ولكن يصعب أن تحظى هذه الادعاءات بالتأييد إلا إذا أخفقت الهيئة الإدارية تماماً فى اتخاذ قرار أو إجراء ما تجاه موقف بالرغم من تكليفها بالقيام به من قبل الهيئة التشريعية. وتمنح الهيئات الإدارية حرية تصرف واسعة فى تحديد متى وأين تمارس صلاحياتها ومسئولياتها وعادة ما تتردد المحاكم فى التدخل وإعادة النظر فى وجهة نظر الخبراء.

والمحصلة النهائية هى أن المحاكم عادة ما تفترض أن تصرفات الهيئة الإدارية صحيحة وتفضل بدلاً من ذلك أن تركز على المسائل المتعلقة بصحة الإجراءات. ويقترح هذا أن يهتم من يتخذ القرارات المتعلقة بمدى الالتزام باللوائح والأنظمة، من مفتشين إلى إداريين مختصين بسماع الشهادات، بالأمور الإجرائية بقدر اهتمامهم بالوقائع المتعلقة بالصحة والسلامة. وبعد قيام المراجعة القضائية الابتدائية بإصدار قرارها يمكن إعادة النظر فى تلك المسائل من خلال التقدم باستئنافات للمستوى القضائى التالى ومن ثم باستئنافات أرفع إلى المحاكم العليا فى الولايات والمحكمة الاتحادية العليا.

شكل (٤-أ١)

القانون الإدارى ومبدأ الفصل بين السلطات



الفصل الخامس

الوظائف الأساسية
وممارسة الصحة العامة



أدخل تقرير معهد الطب (Institute of Medicine) الصادر فى عام ١٩٨٨م[١]، والذى شكل نقطة تحول فى تاريخ الصحة العامة، تغييرات مهمة فى نظام الصحة العامة فى الولايات المتحدة. فقد أعاد التقرير صياغة رسالة ومضمون الصحة العامة ووظائفها الرئيسية وتحدى المشتغلين بها ليفكروا بنهج إستراتيجى أكثر ويخططوا بشكل أكثر جماعية يعملوا بفعالية أكبر. وقد بعثت الفرص المثيرة، التى أتاحتها كل من المشاركة الموسعة فى التخطيط الصحى للتجمعات السكانية والتكامل الأفضل بين أنشطة الصحة العامة والرعاية الطبية، النشاط والحيوية فى تلك الجهود بالإضافة إلى تجدد الآمال فى تحسين النتائج الصحية من خلال نظام الصحة العامة.

وقد أحدثت هذه التطورات وعلى نحو واضح التغيير فى نظام الصحة العامة وفى ممارسة الصحة العامة عبر العقد الماضى من الزمن. ولكن من غير الواضح ما إذا كانت هذه التطورات قد أدخلت تحسينات على ممارسة الصحة العامة، والأكثر أهمية هو ما إذا كانت هذه التطورات قد حسنت نتائج نظام الصحة العامة - النتائج الصحية. وسوف يبحث هذا الفصل من الكتاب فى قضية الارتباط بين وظائف الصحة العامة وبين ممارسة الصحة العامة شاملاً المفاهيم المختلفة التى تضمنتها وظائف الصحة العامة فى مراحل متعددة خلال القرن العشرين. كما يتتبع هذا الفصل أيضًا الجهود المبذولة لقياس أداء هذه الوظائف. وتساعدنا هذه المتابعات على فهم مدى إجادة الصحة العامة فى التعامل مع وظائفها الرئيسية وأى من جوانبها يحتاج إلى التحسين. ومن الأسئلة الرئيسية التى سوف يتم التعرض لها فى هذا الفصل ما يلى:

- ماذا كانت وظائف الصحة العامة الرئيسية خلال القرن الماضى؟
- ما هى الوظائف الرئيسية للصحة العامة اليوم؟
- كيف ترجمت هذه الوظائف إلى ممارسة؟
- ما مدى جودة تأدية نظام الصحة العامة لتلك الوظائف؟
- كيف يمكن تحسين أداء ممارسة الصحة العامة؟

تقترح مفاهيم إدارة الجودة المستمرة (continuous quality management (CQM)) أن النتائج تعكس واقع الأنظمة التى تقوم بإخراجها. وبعبارة أخرى، فإن كل نظام هو مصمم لتحقيق نفس النتائج التى يحققها. وهذه الحكمة المجازية نوعًا ما تبين التحدى الرئيسى الذى يواجه الجهود الرامية لتطوير نتائج ممارسة الصحة العامة وهو أن

تحسين النتائج الصحية يتطلب تحسين العمليات الأساسية لممارسة الصحة العامة. ولكن وكما تشير إليه حكمة أخرى مستعارة من حركة إدارة الجودة الشاملة (total quality management (TQM)) فإن تحسين شيء ما يستوجب علينا أن نكون قادرين على التحكم فيه كما يجب أن نكون قادرين على فهمه. ولكى نفهمه فإنه يجب علينا أن نكون قادرين على قياسه. ويعتمد القياس على التعريفات الإجرائية للمفاهيم موضوع الدراسة. ويتطلب تحسين أداء وظائف الصحة العامة جدول عمل يتضمن التحكم فى العمليات المكونة لممارسة الصحة العامة وقياسها وفهمها والتحكم فيها.

ولأكثر من ٨٥ عاماً مضت، حاول المشتغلون بالصحة العامة معالجة جدول العمل هذا مع تحقيق نجاح محدود فقط فى هذا المضمار[٢]. وعبر الجزء الأكبر من القرن العشرين لم يكن يوجد هناك إطار فكرى مناسب لتحديد نظام الصحة العامة. ونتيجة لذلك ركزت الجهود السابقة بشكل عام على قياس تلك الجوانب من نظام الصحة العامة التى تصف بشكل غير مباشر أو بشكل جزئى فقط الوظائف التى تؤدى من خلال ممارسة الصحة العامة. وأدى هذا الأمر بدوره إلى الحد من الفرص المتاحة لفهم عملية ممارسة الصحة العامة والنتائج الصحية والتحكم فى ذلك وتحسينه. ولكن يمكن القول بأن تلك الجهود قد مهدت الطريق لكل من التطورات التى حدثت منذ تقرير معهد الطب فى عام ١٩٨٨م والفرص المتاحة فى المستقبل.

وظائف وممارسة الصحة العامة قبل تقرير معهد الطب:

عبر الجزء الأكبر من القرن الماضى كان ينظر إلى رسالة وغرض الصحة العامة (ماهية الصحة العامة) ووظائفها (كيف تحقق الصحة العامة رسالتها) على أنهما مترادفان لعملية تقديم خدمات الصحة العامة. وفى الحقيقة، كانت خدمات الصحة العامة دائماً ما توصف بأنها وظائفها. وعرفت الصحة العامة من خلال أفعالها أكثر من معرفتها من خلال مقصدها. ونتيجة لذلك، ركزت الجهود الأولية لوصف وقياس ممارسة الصحة العامة بشكل رئيسى على قياس جوانب من خدمات الصحة العامة المهمة.

وتعود المحاولات الأولية لتحديد وقياس ممارسة الصحة العامة فى الولايات المتحدة إلى عام ١٩١٤م. وكانت وظائف الصحة العامة قبل ذلك التاريخ هى تلك المنصوص عليها فى القوانين الواسعة النطاق لحكومات الولايات والحكومات المحلية والتى تركز على الوقاية والسيطرة على الأمراض المعدية. ولكن فى عام ١٩١٤م، قامت إحدى المسوحات الميدانية

بتصنيف الخدمات المتنوعة لمؤسسات الصحة فى الولايات والأدوار التى تقوم بها من أجل إنشاء وتطوير إدارات الصحة المحلية. وقد توصلت تلك الدراسة إلى نتيجة مؤداها أنه على الرغم من قيام مؤسسات الصحة العامة بتقديم مجموعة واسعة من البرامج والخدمات إلا أن تلك البرامج والخدمات كانت عاجزة عن بلوغ أهدافها. حيث كان هناك تأثير محدود جداً للجزء الأكبر مما كان ينفذ من خلال مؤسسات الصحة العامة على الحالة الصحية للمجتمع وأنه كان باستطاعة تلك المؤسسات عمل الكثير الذى من شأنه أن يؤدى إلى خفض معدلات الوفاة والإصابة[٣]. وكانت ممارسة الصحة العامة تقيم من خلال نظام نقاط يمنح وزناً أكبر لبعض أنشطة وخدمات الصحة العامة دون غيرها مشكلاً بذلك الأساس لعقد المقارنات بين المؤسسات. وقد وظفت فى وقت لاحق بعض عناصر هذا النظام فى مبادرات تقييم الصحة العامة المحلية التى قام بتنسيقها اتحاد الصحة العامة الأمريكى (American of Public Health Association).

فى عام ١٩٢١م، طالب التقرير الأول الصادر عن لجنة ممارسات إدارات الصحة فى المحليات (Committee on Municipal Health Department Practice) التابعة لاتحاد الصحة العامة الأمريكى بالجمع والتحليل المنظم للمعلومات حول ممارسة الصحة العامة المحلية لدعم عملية تطوير المواصفات لإدارات الصحة المحلية التى تقدم خدماتها لكبرى المحليات فى البلاد. ورأت اللجنة أن إدارات الصحة المحلية والتجمعات السكانية التى تقوم بخدمتها تلك الإدارات سوف تستفيد من وجود مواصفات تضمن مستوى ثابتاً من خدمات الصحة العامة بين منطقة وأخرى. كما سعت اللجنة أيضاً إلى تحديد الخصائص المتعلقة بإدارات الصحة المحلية التى تمكن من تحقيق أفضل النتائج. كما تم إعداد أداة مسح وخطة مفصلة حيث تمت، كخطوة أولى، مراجعة أكثر من ٨٠ إدارة صحة تابعة لمدن كبيرة.

وبعد ذلك بوقت قصير، ظهرت الحاجة إلى معاينة ممارسة الصحة العامة خارج المدن الكبيرة فى البلاد وخاصة فى إدارات الصحة المحلية العاملة على مستوى الأقاليم والتى كانت أعدادها تتجه للتزايد. وفى عام ١٩٢٥م، تم إعادة تشكيل اللجنة تحت مسمى لجنة الممارسة الإدارية (Committee on Administrative Practice) لتقييم حالة ممارسة الصحة فى الولايات المتحدة على نطاق واسع. وقامت اللجنة الجديدة بإعداد الإصدار الأول من نموذج التقييم (Appraisal Form) لكى يستخدم لقياس النتائج المباشرة المترتبة عن خدمات الصحة العامة المحلية. ومن الأمثلة على تلك النتائج المباشرة ما يلى:

- تصنيف وتحليل سجلات المواليد والوفيات على نحو ملائم.
- التحصينات المختلفة المعطاة لفئات عمرية محددة.
- المشكلات الصحية للأطفال فى سن المدرسة التى تم تحديدها وعلاجها.
- حالات الدرن التى تم إدخالها وعلاجها فى المستشفيات.
- الاختبارات المعملية التى تم إجراؤها[٤].

وقد ظهرت إصدارات متتابعة لنموذج التقييم خلال العشرينيات والثلاثينيات الميلادية من القرن العشرين. وقد لاقت تلك الإصدارات ترحيب الأوساط العاملة فى الصحة العامة على الرغم من القلق فى بعض الأحيان بسبب تركيز تلك الإصدارات على الكم بدلاً من الكيف. وقد تمكن مسؤولو الصحة المحليون من مقارنة التقييمات الخاصة بهم بتلك التي تخص المؤسسات الصحية الأخرى. وكان الأساس للمقارنة هو درجة تصنيف رقمية مبنية على مجموع النقاط الممنوحة لعدد من الجوانب الإدارية والخدمية الرئيسية. واستخدمت التصنيفات المقارنة لأغراض تحسين البرامج الصحية وكمسوغ للحصول على الموارد وتلخيص أنشطة المؤسسة فى التقارير السنوية وجلب الاهتمامات الصحية الأخرى فى التجمعات السكانية. وغالباً ما تسترعى التصنيفات الصادرة عن هيئة ما اهتماماً كبيراً من المجتمع مؤدية إلى دعاية حسنة وسيئة فى آن واحد عن المؤسسات المحلية. وعلى الرغم من أن المقصد الرئيسى لتلك التصنيفات هو التركيز على النتائج المباشرة إلا أن الاهتمام الرئيسى لها ظل معتمداً على قياس الجوانب الملموسة بشكل أكثر مثل القوى العاملة ومواقع العيادات وزيارات المرضى وعدد الخدمات المقدمة.

فى عام ١٩٤٣م، حلت أداة جديدة وهى "جدول التقييم" (Evaluation Schedule)، والتى يتم حسابها مركزياً من قبل لجنة الممارسة الإدارية التابعة لاتحاد الصحة العامة الأمريكى، محل أسلوب التقييم الذاتى المستخدم فى نموذج التقييم. وتم نشر الدرجات الخاصة بمؤسسات صحية متعددة الأحجام والأنواع على نطاق واسع حتى تتمكن إدارات الصحة المحلية من مقارنة أدائها فى تلبية احتياجات التجمعات السكانية بصورة مباشرة مع أداء نظرائها. ويبين توضيح (٥-١) بعض معايير الأداء الرئيسية الموجودة فى إصدار العام ١٩٤٧م من جدول التقييم.

وبهدف صياغة خطة عمل لشبكة وطنية مكونة من مؤسسات الصحة العامة المحلية بحيث يتم توفير الرعاية الصحية لكل أمريكى من قبل إدارة الصحة المحلية، قامت لجنة

الممارسة الإدارية بتشكيل لجنة فرعية للوحدات الصحية المحلية (Subcommittee on Local Health Units). ويعتبر التقرير الرئيسى للجنة الفرعية، والذى يعرف على نطاق واسع بتقرير إيمرسون (Emerson Report) الصادر فى عام ١٩٤٥م، بمنزلة نقطة التحول للتوصيات المتعلقة بممارسة الصحة العامة على المستوى المحلى. وأصبح تقرير إيمرسون بمنزلة خطة ما بعد الحرب بالنسبة للصحة العامة فى الولايات المتحدة. وقد دعت توصيات التقرير ذات الآثار بعيدة المدى إلى أن يكون الحد الأدنى لعدد السكان لكل إدارة صحة محلية هو ٥٠,٠٠٠ نسمة، كما شملت مقترحات لكل ولاية على حدة لإنشاء شبكات من إدارات الصحة المحلية بحيث تغطى جميع الأمريكيين مع خفض عدد إدارات الصحة المحلية بنسبة ٥٠٪ من خلال دمج الوحدات الصغيرة[٥].

وقد منح تقرير إيمرسون أولوية كبيرة لستٍ خدمات أساسية يعتقد بأنها تمثل مسئوليات الحكومة المحلية فى الصحة العامة تجاه مواطنيها: الإحصاءات الحيوية وإصحاح البيئة والسيطرة على الأمراض المعدية والخدمات الصحية الخاصة بالأم والطفل والتثقيف الصحى للعامة والخدمات المعملية للصحة العامة[٥]. ولا تعد هذه صياغة جديدة لخدمات الصحة المحلية، وإنما هى بالضرورة نفس مجموعة الخدمات التى اعتبرت بمنزلة المعيار للممارسة بين إدارات الصحة المحلية منذ عشرات السنين والتى كانت تخضع للتقييم منذ السنوات الأولى لنموذج التقييم. ومع مرور الوقت، أصبحت تلك الخدمات تعرف على نطاق واسع بأنها الوظائف الأساسية للصحة العامة أو "الست الأساسية" (Basic Six). ويصف توضيح (٥-٢) الوظائف الست الأساسية. ومع الزخم الذى أضافه تقرير إيمرسون، أصبحت تلك الخدمات حجر الأساس لتنظيم ممارسة الصحة العامة المحلية. وعلى الرغم من أن توصيات التقرير الشاملة لم تصبح سياسة وطنية عامة، إلا أنها شجعت على إحداث تغيرات إيجابية فى العديد من الولايات.

وقد أثارت لجنة الممارسة الإدارية اهتماماً كبيراً بممارسة الصحة العامة المحلية. وبعد حوالى عام ١٩٥٠م وحتى الثمانينيات الميلادية، كانت هناك جهود متكررة لإعادة النظر فى ممارسة الصحة العامة المحلية وإعادة رسم حدودها. وتبدو الرغبة فى البحث عن إعادة صياغة الغرض واضحاً فى عدد من البيانات المتعلقة بالسياسة العامة الصادرة عن اتحاد الصحة العامة الأمريكى من عام ١٩٥٠م وحتى عام ١٩٧٠م[٦]. وفى بيان لاتحاد الصحة العامة الأمريكى صادر فى عام ١٩٥٠م حول خدمات ومسئوليات إدارة الصحة المحلية، طرحت الست الأساسية على أنها الحد الأدنى المطلوب من الخدمات بالإضافة إلى تحديد

عدد جديد من المسئوليات "المثالية" والتى تشمل: توثيق وتحليل البيانات الصحية والتعليم الصحى والمعلومات والإشراف والتنظيم وتوفير خدمات صحة البيئة بطريقة مباشرة وتقديم الخدمات الصحية الشخصية وتنسيق الأنشطة والخدمات فى التجمعات السكانية. كما أضاف بيان آخر حول السياسة صادر عن الاتحاد الأمريكى للصحة العامة فى عام ١٩٦٣م الخدمتين السابعة والثامنة لقائمة الخدمات الست الأساسية، وهما: تشغيل المرافق الصحية والتخطيط والتنسيق على نطاق واسع. وفى عام ١٩٧٠م، تبنى الاتحاد الأمريكى للصحة العامة بيانًا آخر حول السياسة متوسعًا فى هذه المفاهيم وداعيًا إلى زيادة مشاركة الولايات وإدارات الصحة المحلية فى تنسيق ومراقبة وتقييم كفاية الخدمات الصحية فى مناطق سلطاتها. ويرصد توضيح (٥-٣) تطور تلك الخصائص المتنوعة لممارسة الصحة العامة.

بعد الحرب العالمية الثانية (World War II)، برزت تطلعات جديدة مهمة لممارسة الصحة العامة المحلية. حيث تم على نحو متزايد تحديد عدم توافر الرعاية الطبية كعائق رئيسى لتعزيز وتحسين الصحة فى التجمعات السكانية. ونتج عن ذلك قيام إدارات الصحة المحلية بوظيفة توفير الرعاية الصحية لغير القادرين على الحصول عليها من المصادر الأخرى. وأدى هذا التوسع فى دور تقديم الخدمة بصورة مباشرة إلى نقل إدارات الصحة المحلية إلى مناطق جديدة تتجاوز الحدود المنصوص عليها فى نموذج الست الأساسية الموسع. وقد أثير جدل كبير حول مدى ملاءمة هذا الدور الجديد وحول ما إذا كانت إدارات الصحة المحلية تقوم بأدوار قيادية فى التجمعات السكانية التى تخدمها من خلال توحيد الخدمات الطبية والخدمات الأخرى المقدمة فى تلك التجمعات. وقد كان التوجه للرعاية الطبية مثيرًا للجدل منذ بدايته. حيث نادى هانلون (Hanlon)، فى بحثه عن مستقبل إدارات الصحة المحلية، مؤسسات الصحة العامة الرسمية بأن تنسحب من مجال تقديم الخدمات الصحية الشخصية (سواء كانت تلك الخدمات وقائية أو علاجية) وأن تستبدل ذلك "بالتركيز على إمكانياتها المهمة والفريدة فى كونها الوعى الصحى للتجمع السكانى والقائد"[٧ (ص٩٠١)] فى تعزيز صياغة سياسة اجتماعية سليمة. وعلى الرغم من هذه التحذيرات، زادت خدمات الرعاية الطبية المباشرة المقدمة من قبل إدارات الصحة المحلية خلال الستينيات والسبعينيات والثمانينيات الميلادية كنتيجة لبرامج المنح الجديدة الفيدرالية ومنح الولايات. وأصبحت إدارات الصحة المحلية تعد من المصادر المهمة للخدمات الطبية لغير القادرين على الحصول عليها من المصادر الأخرى منظمة بذلك فى هذا الدور المهم إلى المستشفيات العامة والمراكز الصحية العاملة فى التجمعات السكانية.

توضيح (٥-١)

معايير أداء ممارسة الصحة العامة من جدول التقييم للعام ١٩٤٧م

١- أسرة المستشفى: النسبة فى المستشفيات المعتمدة.
٢- الأطباء الممارسون: عدد السكان لكل طبيب.
٣- أطباء الأسنان الممارسون: عدد السكان لكل طبيب أسنان.
٤- المياه: نسبة السكان فى التجمعات السكانية البالغ تعدادها أكثر من ٢,٥٠٠ نسمة المزودين بمياه مرخصة.
٥- الصرف الصحي: نسبة السكان فى التجمعات السكانية البالغ تعدادها أكثر من ٢,٥٠٠ نسمة المزودين بأنظمة صرف صحى مرخصة.
٦- المياه: نسبة أطفال المدارس الريفية المزودين بمصادر مياه مرخصة.
٧- التخلص من البراز: نسبة أطفال المدارس الريفية المزودين بوسائل مرخصة للتخلص من البراز.
٨- الغذاء: نسبة المتعاملين مع الأغذية الذين تم الاتصال بهم من قبل برنامج الإرشاد الجماعي.
٩- الغذاء: نسبة المطاعم ودكاكين الوجبات الخفيفة التى تتوافر لها مرافق مرضية.
١٠- الحليب: نسبة زجاجات الحليب المعبأة المبسترة.
١١- الدفتيريا: نسبة الأطفال دون سن الثانية من العمر المحصنين ضد الدفتيريا.
١٢- الجدري: نسبة الأطفال دون سن الثانية من العمر المحصنين ضد الجدرى.
١٣- السعال الديكي: نسبة الأطفال دون سن الثانية من العمر المحصنين ضد السعال الديكى.
١٤- الدرن: عدد الحالات الجديدة المبلغ عنها لكل حالة وفاة، خلال فترة خمس سنوات.
١٥- الدرن: الوفيات لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة، خلال فترة خمس سنوات.
١٦- الدرن: نسبة الحالات المبلغ عنها عن طريق شهادة الوفاة.
١٧- الزهرى: نسبة الحالات المبلغ عنها فى المرحلة الأولية والمرحلة الثانوية وفى مرحلة الزهرى الكامن المبكرة.
١٨- الزهرى: نسبة الأشخاص المتصل بهم والمبلغ عنهم الذين تم فحصهم.
١٩- الأمومة: وفيات فترة النفاس لكل ١.٠٠٠ من مجموع الولادات، المعدل لخمس سنوات.
٢٠- الأمومة: نسبة حالات الحمل الخاضعة للإشراف الطبى منذ ستة أشهر.
٢١- الأمومة: نسبة النساء اللاتى وضعن حملهن فى المنزل تحت الإشراف التمريضى بعد الولادة.
٢٢- الأمومة: نسبة الولادات فى المستشفى.
٢٣- الرضع: الوفيات قبل بلوغ السنة الأولى من العمر لكل ١.٠٠٠ ولادة حية، المعدل لخمس سنوات.
٢٤- الرضع: الوفيات بسبب الإسهال والتهاب الأمعاء فى السنة الأولى لكل ١.٠٠٠ ولادة حية، المعدل لسنتين.
٢٥- الرضع: نسبة الرضع الخاضعين للإشراف التمريضى قبل بلوغ الشهر الأول من العمر.
٢٦- المدرسة: نسبة أطفال المرحلة الابتدائية الذين يعانون مشكلات متعلقة بالأسنان ولكنها مهملة.
٢٧- الحوادث: الوفيات الناجمة عن حوادث المركبات لكل ١٠٠.٠٠٠ نسمة، المعدل لخمس سنوات.
٢٨- ميزانية إدارة الصحة: السنتات (أجزاء المائة من الدولار) المنفقة من قبل إدارة الصحة على كل فرد.

المصدر:

Data from American Public Health Association, Committee on Administrative Practice, *Evaluation Schedule for Use in the Study and Appraisal of Community Health Programs,* 1947, New York, New York.

توضيح (٥-٢)
الخدمات الست الأساسية للصحة العامة المحلية

١- الإحصاءات الحيوية: جمعها وتفسيرها.

٢- تعزيز الصحة العامة.

٣- السيطرة على الأمراض المعدية ويشمل التحصين والحجر الصحى وغيرها من الإجراءات مثل تحديد الناقلين للأمراض المعدية وتوزيع اللقاحات على الأطباء وكذلك القيام بإعطاء التحصينات بصورة مباشرة.

٤- صحة الأمومة والطفولة والتى تتضمن توفير رعاية ما قبل وما بعد الولادة للأمهات والمواليد والإشراف على صحة أطفال المدارس. فى بعض الأماكن يتولى برنامج صحة الأمومة والطفولة مهمة تحصين الأطفال.

٥- التثقيف الصحى، ويشمل تعليمات حول النظافة الشخصية ونظافة الأسرة وتعزيز الصحة العامة والتغذية المقدمة فى المدارس وفى الحلقات التى ينظمها المركز الصحى فى الحى والزيارات المنزلية.

٦- الخدمات المعملية للأطباء والمختصين فى علم الصحة وغيرهم من الأطراف الأخرى.

المصدر:

Data from W. Shonick, *Government and Health Services: Government's Role in the Development of US Health Services 1930-1980*, ©1995, Oxford Press.

توضيح (٥-٣)

التوسع فى الخدمات الست الأساسية للصحة العامة، ١٩٢٠-١٩٨٠م

"الست الأساسية" (Basic Six) المبدئية:

- الإحصاءات الحيوية.
- تعزيز الصحة العامة.
- السيطرة على الأمراض المعدية.
- صحة الأمومة والطفولة.
- التثقيف الصحى.
- الخدمات المعملية.

الخدمات "المثالية" فى الخمسينيات:

- الست الأساسية كحد أدنى.
- تحليل وتوثيق البيانات الصحية.
- التعليم الصحى والمعلومات.
- الإشراف والتنظيم.
- توفير خدمات صحة البيئة بصورة مباشرة.
- تقديم الخدمات الصحية الشخصية.
- تنسيق الأنشطة والخدمات فى التجمعات السكانية.

أضيفت فى الستينيات:

- تشغيل المرافق الصحية.
- التخطيط والتنسيق على نطاق واسع.

أضيفت فى السبعينيات:

- تنسيق ومراقبة وتقييم كفاية الخدمات الصحية.

المصدر:

Data from W. Shonick, *Government and Health Services: Government's Role in the Development of US Health Services 1930-1980,* © 1995, Oxford Press.

وفى خضم تلك التطورات، نما بشكل بطىء مفهوم فريد بدأ يعمل على تحويل التركيز من خدمات الصحة العامة إلى غرضها ووظائفها. وقد نشأ هذا المفهوم، والذى دائمًا ما يطلق عليه "بالتواجد الحكومى على المستوى المحلى" (governmental presence at the local level (AGPALL)) فى السبعينيات الميلادية، من خلال عمليات تصميم "مواصفات نموذجية" (model standards) بحيث تستطيع التجمعات السكانية من خلالها من تحقيق الأهداف الصحية الوطنية للعام ١٩٩٠م (توضيح ٥-٤). ويقصد بالتواجد الحكومى على المستوى المحلى أن تصبح الحكومة المحلية، والتى تعمل من خلال سبل متعددة، المسئول النهائى عن ضمان توافر حد أدنى من المواصفات فى التجمع السكانى. بحيث تتولى وحدة حكومية معينة مهمة توفير الخدمة لكل محلية من المحليات وتكون مسئولة عن الصحة وعن السكان فى تلك المحلية. ومن الممكن تنفيذ تلك المهمة من خلال منظمة غير مؤسسة الصحة العامة الرسمية. ولكن الحكومة من خلال تواجدها واهتمامها بالصحة تعتبر هى المسئولة عن التأكد من أن الخدمات الضرورية المتفق عليها متوافرة ومن الممكن الوصول إليها ومقبولة وذات جودة عالية.

توضيح (٥-٤)
التواجد الحكومى على المستوى المحلى

يرتكز هذا المفهوم على مسئولية الحكومة المتعددة الأوجه والمراحل فى التأكد من أنه قد تم تنفيذ المواصفات المطلوبة - وغالبًا ما تشمل هذه المسئولية مؤسسات أخرى إضافة إلى مؤسسة الصحة العامة فى أى مستوى ما. وبصرف النظر عن التنظيم، يجب أن يخدم كل تجمع سكانى من قبل جهة حكومية مكلفة بتلك المسئولية كما يجب أن تقوم الحكومة بتحديد وتنسيق المسئولية فى توفير وضمان خدمات الصحة العامة والسلامة. وفى حالة توافر الخدمات فى أى منطقة مشمولة بالمواصفات ، ربما تشارك الحكومة أيضًا فى توزيع تلك الخدمات (و إن كان هذا أمرًا غير واجب). وبالعكس عندما يكون هناك فجوة فى الخدمات المتوافرة، فإن مسئولية الحكومة تتمثل فى امتلاك أو تطوير الإمكانيات اللازمة لتوزيع تلك الخدمات. وعندما تتداخل المسئوليات بين الأقاليم والمحليات، يصبح وجود اتفاقيات على تقسيم تلك المسئوليات أمرًا ضروريًا.

وخلاصة القول، تضطلع الحكومة على المستوى المحلى بمسئولية التأكد من أن المشكلة الصحية تخضع للمراقبة وأن الخدمات اللازمة لتصحيح المشكلة متوافرة. ويجب على حكومة الولاية أن تراقب فعالية الجهود المحلية فى السيطرة على المشاكل الصحية وأن تقوم بدور المقدم الأخير للخدمات فى حالة عدم كفاية الموارد المتاحة للتجمع السكانى - آخذة فى الاعتبار بالطبع بأن موارد الولاية محدودة أيضًا.

المصدر أعيد طباعته من:
Preamble to Orginal Model Standards, US Public Health Service.

ويركز مفهوم التواجد الحكومى على المستوى المحلى على جوانب القيادة وعوامل التغيير فى ممارسة الصحة العامة فى التجمع السكانى. ولكن تولى مسئولية القيادة لخدمة الصحة فى التجمع السكانى ليس بالأمر البسيط ولا بالأمر الواضح المعالم. حيث إن تعقد المشكلات الصحية وعواملها المساهمة تتطلب حلولاً تعاونية وليس حلولاً تعتمد على إصدار الأوامر والتحكم. ومن المتطلبات الرئيسية لتحديد وإيجاد حلول للمشاكل الصحية فى التجمعات السكانية هى القدرة على التعامل مع المصالح المتباينة وبناء قاعدة عريضة من المؤيدين. ويقترح مفهوم التواجد الحكومى على المستوى المحلى بأن ممارسة الصحة العامة تشتمل على أكثر من مجرد تقديم الخدمات. وهذا المنظور الواسع لوظائف الصحة العامة قد تم إعادة التأكيد عليه بشدة من قبل تقرير معهد الطب.

ممارسة الصحة العامة والوظائف الرئيسية بعد تقرير معهد الطب:

كانت الصورة التى رسمها تقرير معهد الطب للعام ١٩٨٨[١] عن حالة نظام الصحة العامة أكثر كآبة مما كان متوقعاً من قبل العديد من الناس. حيث كانت البنية التحتية لنظام الصحة العامة الوطنى تنمو بقوة خلال القرن وخاصة فيما يتعلق بتغطية إدارة الصحة المحلية للسكان. كما كان هناك قبول واسع بأن تشمل الخدمات الملائمة المقدمة للتجمعات السكانية على الوقاية من الأمراض المزمنة والرعاية الطبية إضافة إلى الخدمات الست الأساسية. كما أن الحالة الصحية كانت أفضل مما كانت عليه فى أى وقت مضى. ولكن حل وباء الإيدز (AIDS epedimic) فى وقت لم يكن فيه عجز فى القضايا الاجتماعية والصحية المستعصية الموضوعة على جدول أعمال الصحة العامة. إضافة إلى أن الموارد المتاحة لمواجهة تلك التحديات كانت محدودة جداً ويرجع السبب جزئياً إلى شهية نظام تقديم الرعاية الطبية غير القابلة للإشباع لكل دولار مرصود للصحة. وبطريقة ما عملت تلك القوى مجتمعة على خفض تقدير ودعم عامة الناس للصحة العامة مما أدى إلى قلق معهد الطب بشأن عدم قدرة الصحة العامة؛ على مواجهة تلك التحديات من دون رؤية جديدة قادرة على أن تجلب دعم وتأييد عامة الناس وصناع القرار والإعلام والمؤسسة الطبية وغيرهم ممن لهم مصالح فى شأن الصحة العامة.

وقد تشكلت الرؤية الموضحة فى تقرير معهد الطب من خلال تصور أشمل لوظائف الصحة العامة من ذلك التصور الذى كان موجوداً فى الماضى. وخلال العقود السابقة من الزمن، أصبح العديد من الناس ينظر إلى الخدمات المقدمة من قبل مؤسسات الصحة العامة على أنها "وظائف" (functions) الصحة العامة. ومن خلال تصنيف ثلاث وظائف

رئيسية، اقترح تقرير معهد الطب بأن وظيفة الخدمة "to serve"، سواء وصفت من خلال خدمات معينة أو على أساس كونها المفهوم الأكثر تجريداً وهو "التأمين" (assurance)، تصف بشكل غير واف الدور الفريد للصحة العامة فى مجتمعنا. وتمثل تدخلات (inter-ventions) الصحة العامة المنتجات المترتبة على القيام بتأدية وظائف الصحة العامة الرئيسية وليست الوظائف نفسها. ولقد وصف تشخيص معهد الطب ثلاث وظائف رئيسية للصحة العامة: ١) التقييم (assessment)، ٢) تطوير السياسات (policy develop-ment)، ٣) التأمين (assurance):

١- متطلبات التقييم للصحة العامة: جمع وعرض وتحليل وتوفير المعلومات بشكل منتظم ومنظم عن الصحة فى المجتمع وتشمل الإحصائيات عن الحالة الصحية والاحتياجات الصحية للمجتمع، والدراسات فى علم الأوبئة وغيرها من الدراسات حول المشاكل الصحية. وليست كل مؤسسة هى بالحجم الذى يسمح لها بالقيام بجميع هذه الأنشطة بصورة مباشرة. ولذا فإن التعاون بين المستويات الحكومية وبين المؤسسات يعتبر مطلبًا ضروريًا. وعلى الرغم من ذلك، فإن كل مؤسسة تتحمل مسئولية التأكد من أن وظيفة التقييم تؤدى على الوجه الأكمل. وهذه الوظيفة الأساسية للصحة العامة لا يمكن تفويضها[١(ص٧)].

٢- متطلبات تطوير السياسات للصحة العامة: خدمة مصالح العامة فى تطوير سياسات شاملة للصحة العامة من خلال تعزيز إستخدام قاعدة المعرفة العلمية فى صناعة القرارات المتعلقة بالصحة العامة والقيام بدور قيادى فى تطوير سياسة الصحة العامة. ويجب على المؤسسات أن تنهج منهجًا إستراتيجيًا مبنيًا على أساس الإدراك الإيجابى للعملية السياسية الديموقراطية[١(ص٨)].

٣- متطلبات التأمين فى الصحة العامة: طمأنة المؤيدين والأنصار بأن الخدمات اللازمة لتحقيق الأهداف المتفق عليها يجرى العمل على توفيرها إما من خلال حث أطراف أخرى (خاصة أو عامة) على الفعل أو فرض هذا الفعل عن طريق سن القوانين أو تقديم الخدمات بصورة مباشرة.... ويجب على كل مؤسسة للصحة العامة أن تشرك صناع السياسة الرئيسيين وعامة الناس فى تحديد مجموعة ذات أولوية عليا من الخدمات الصحية الشخصية والخدمات الموجهة للمجتمع بشكل عام بحيث تضمن الحكومة حصول كل عضو فى المجتمع عليها. ويشمل هذا الضمان توفير الدعم المالى لمقدمى تلك الخدمات أو التقديم المباشر للخدمات الصحية ذات الأولوية لغير القادرين على تحمل تكاليفها[١(ص٨)].

وقد لاقت الوظائف الرئيسية قبولاً واسعًا من قبل المشتغلين فى الصحة العامة. وأدى هذا التوصيف الواسع من قبل المشتغلين فى الصحة العامة للوظائف المهمة للصحة العامة إلى تعريف وقياس الجوانب التشغيلية لتلك الوظائف متيحًا بذلك المجال لتقييم أدائها. وهناك العديد من الجوانب الرئيسية لوظائف التقييم وتطوير السياسات والتأمين التى يمكن اعتبارها بمنزلة عمليات تقوم بتحديد ومعالجة المشاكل الصحية. ويمكن أن ينظر إلى الجوانب الأخرى لتلك الوظائف على أساس كونها مخرجات (مثل الخدمات وغيرها من التدخلات) تنتج للتأكد من معالجة تلك المشاكل. ولتوضيح الوظائف الرئيسية ولتوفير إطار عملى لتوصيف ممارسة الصحة العامة الحديثة، قامت مجموعة عمل ممثلة من منظمات الصحة العامة الوطنية بتطوير إطار لخدمات الصحة العامة الحيوية[١٠]. ومنذ عام ١٩٩٥م، استخدمت جميع مبادرات الصحة العامة على المستويين القومى وعلى مستوى الولايات إطار خدمات الصحة العامة الحيوية فى محاولة لقياس وتحسين أداء وظائف الصحة العامة الرئيسية. ومن المؤسف أن استخدام مصطلح "خدمات" (services) فى إطار خدمات الصحة العامة الحيوية قد يكون مصدراً لسوء الفهم. فعلى الرغم من عدم كونها خدمات بالمفهوم الذى ينظر به الناس للخدمات الإكلينيكية (مثل التحصينات) أو للخدمات الوقائية المقدمة للمجتمع (مثل المياه المضاف إليها الفلوريد)، إلا أن خدمات الصحة العامة الحيوية تعتبر عمليات مهمة تحول الوظائف الأساسية – التقييم وتطوير السياسات والتأمين – إلى عمليات من ممارسة الصحة العامة قابلة للقياس.

وتشتمل وظائف الصحة العامة على تحديد المشاكل الصحية والعوامل المسببة لها وعلى تطوير إستراتيجيات لمعالجة تلك المشاكل والتأكد من تطبيق تلك الإستراتيجيات على نحو يحقق الأهداف المطلوبة. ومن هذا المنطلق فإن ممارسة الصحة العامة هى تطوير وتطبيق الإستراتيجيات والتدخلات الوقائية الرامية لتعزيز وحماية صحة الناس. وبينما لا تزال هناك حاجة إلى الاتفاق على وصف كامل لممارسة الصحة العامة إلا أنه يمكن الحصول على أفضل وصف لمضامين ممارسة الصحة العامة المعاصرة من خلال الرسالة (mission) والرؤية (vision) والوظائف (functions) التى حددها بيان الصحة العامة فى أمريكا[١١]. وتشتمل هذه الوثيقة ذات الصفحة الواحدة على رؤية (أناس أصحاء فى مجتمعات صحية) وعلى رسالة (تعزيز الصحة البدنية والنفسية والوقاية من المرض والإصابة والعجز) وعلى صيغ عما تقوم به ممارسة الصحة العامة وعن الكيفية التى تتحقق بها تلك الغايات. وكما هو مبين فى توضيح (٥–٥)، تضع تلك الصيغ مواصفات

عالية لممارسة الصحة العامة كما تضع إطارًا لقياس مدى تحقيق تلك المواصفات. وتعتبر العمليات التى تتضمنها خدمات الصحة العامة الحيوية والروابط بين تلك الخدمات وبين الوظائف الرئيسية الثلاث ضرورية لفهم ممارسة الصحة العامة.

التقييم فى مجال الصحة العامة:

تصف عمليتان مهمتان (أو خدمتان من خدمات الصحة العامة الحيوية) وظيفة التقييم فى مجال الصحة العامة: (١) مراقبة الحالة الصحية لتحديد المشاكل الصحية فى المجتمع، و(٢) تشخيص واستقصاء المشاكل والأخطار الصحية فى المجتمع.

وتشمل مراقبة الحالة الصحية لتحديد المشاكل الصحية فى المجتمع:

- التقييم الدقيق والمستمر لحالة المجتمع الصحية.
- تحديد التهديدات على الصحة.
- تحديد الحاجات إلى الخدمات الصحية.
- مراعاة الحاجات الصحية الخاصة بالمجموعات الأكثر عرضة للخطر من المجموع الكلى للسكان.
- تحديد أصول وموارد المجتمع الداعمة لنظام الصحة العامة فى مجال تعزيز الصحة وتحسين جودة الحياة.
- توظيف الوسائل والتكنولوجيا المناسبة لتفسير وإيصال البيانات لفئات الجمهور المختلفة.
- التعاون مع أصحاب المصالح الآخرين، والذين يشملون مقدمى الخدمة فى القطاع الخاص وبرامج التأمين الصحى، لإدارة نظم معلومات موحدة ومتعددة القطاعات.

ويشمل تشخيص واستقصاء المشاكل والأخطار الصحية فى المجتمعات على:

- توفير معامل للصحة العامة قادرة على إجراء اختبارات سريعة وبكميات عالية.
- البرامج الوبائية للأمراض المعدية النشطة.
- الإمكانية التقنية للبحث المعتمد على علم الأوبئة حول تفشى المرض وأنماط الأمراض والإصابات المعدية والمزمنة وغيرها من السلوكيات والأوضاع ذات الآثار السلبية على الصحة.

توضيح (٥-٥)

العلاقة بين بيان الصحة العامة فى أمريكا وممارسة الصحة العامة

عناصر الصحة العامة فى أمريكا*	العلاقة مع ممارسة الصحة العامة
أناس أصحاء فى مجتمعات صحية. تعزيز الصحة البدنية والنفسية والوقاية من المرض والإصابة والعجز.	بيانات الرؤية (vision) والرسالة (mission) لممارسة الصحة العامة
الصحة العامة: - الوقاية من الأوبئة وانتشار الأمراض. - الحماية من الأخطار البيئية. - الوقاية من الإصابات. - تعزيز السلوكيات الصحية والحث عليها. - الاستجابة للكوارث ومساعدة المجتمعات على التغلب على آثارها. - ضمان الجودة والوصول للخدمات الصحية.	صيغ حول النتائج ذات التصنيفات الواسعة والتى تتأثر بممارسة الصحة العامة والتى ينظر إليها أحياناً على كونها ما تقوم به الصحة العامة.
خدمات الصحة العامة الحيوية: ١- مراقبة الحالة الصحية لتحديد المشاكل الصحية فى المجتمعات. ٢- تشخيص واستقصاء المشاكل والأخطار الصحية فى المجتمعات. ٣- إعلام وتثقيف وتمكين الناس حول المسائل الصحية. ٤- إنشاء علاقات التعاون المشتركة فى المجتمعات لحل المشاكل الصحية. ٥- تطوير السياسات والخطط الداعمة للجهود الفردية والجماعية. ٦- تطبيق القوانين والأنظمة التى تحمى الصحة وتضمن السلامة. ٧- ربط الناس بالخدمات الصحية الشخصية التى يحتاجون إليها وضمان توفير الرعاية الصحية فى حال عدم توافرها. ٨- العمل على ضمان أهلية القوى العاملة على تقديم خدمات الصحة العامة والرعاية الصحية الشخصية. ٩- تقييم الفعالية والقدرة على الحصول على جودة الخدمات الصحية الشخصية والخدمات المقدمة فى المجتمعات. ١٠- البحث عن مداخل جديدة وحلول مبتكرة للمشاكل الصحية.	صيغ حول عمليات ممارسة الصحة العامة التى تؤثر على النتائج الصحية والتى ينظر إليها أحياناً على كونها الكيفية التى تعمل بها الصحة العامة وما تقوم به

المصدر أعيد طباعته من:

* *Public Health in America*, Public Health Functions Steering Committee, Public Health Service, 1994.

تطوير السياسات للصحة العامة:

تشكل وظيفة التقييم والعمليات المرتبطة بها الأساس لتطوير السياسات ولعملياتها الرئيسية والتى تشتمل على: (١) إعلام وتثقيف وتمكين الناس حول المسائل الصحية، (٢) تعبئة علاقات التعاون المشتركة فى المجتمعات لتحديد وحل المشاكل الصحية، (٣) تطوير السياسات والخطط الداعمة للجهود الفردية والجماعية.

ويشمل إعلام وتثقيف وتمكين الناس حول المسائل الصحية ما يلى:

- أنشطة تطوير المجتمعات.
- التسويق الاجتماعى ووسائل الإعلام الجماهيرية المركزة.
- توفير مصادر للمعلومات الصحية قابلة للوصول إليها على مستوى المجتمعات.
- التعاون النشط مع مقدمى الرعاية الصحية الشخصية لدعم الرسائل والبرامج الرامية لتعزيز الصحة.
- برامج التثقيف الصحى المشتركة مع المدارس والمؤسسات الدينية وجهات العمل وغيرها.

ويشمل تعبئة علاقات التعاون المشتركة فى المجتمعات لتحديد وحل المشاكل الصحية ما يلى:

- تشجيع وتسهيل العلاقات المشتركة بين المجموعات والروابط المهنية (والتى تشمل أيضاً تلك المجموعات التى عادة لا تعتبر ذات ارتباط بالشئون الصحية).
- القيام بعملية تخطيط محددة لتحسين الصحة والمشاريع الصحية والتى تشمل البرامج الوقائية والكشف المبكر عن الأمراض وبرامج إعادة التأهيل والدعم.
- تشكيل تحالف للاستفادة من جميع الإمكانيات البشرية والمادية المتاحة لتحسين الصحة فى المجتمعات.

ويشمل تطوير السياسات والخطط الداعمة للجهود الفردية والجماعية ما يلى:

- تأهيل القيادات على كافة المستويات فى مجال الصحة العامة.
- التخطيط المنظم على مستوى المجتمع وعلى مستوى الولاية لتحسين الصحة فى جميع المحليات.
- تطوير ومتابعة تحقيق أهداف صحية قابلة للقياس مستمدة من الخطة الصحية للمجتمع (community health plan (CHP)) كجزء من الخطة الإستراتيجية لجهود تحسين الجودة المستمرة.

- التقييم المشترك مع نظام الرعاية الطبية لتحديد سياسة منسجمة حول الخدمات الوقائية والعلاجية.
- تطوير السياسات والقوانين التشريعية لتوجيه ممارسة الصحة العامة.

التأمين على صحة الناس:

بينما يقوم كل من التقييم وتطوير السياسات بتفعيل التدخلات على صعيد الواقع تقوم وظيفة التأمين بالتأكد من ثباتهما على الخط المرسوم من خلال خمس عمليات مهمة هى:

١- تطبيق القوانين والأنظمة التى تحمى الصحة وتضمن السلامة.

٢- ربط الناس بالخدمات الصحية الشخصية التى يحتاجون إليها وضمان توفير الرعاية الصحية فى حال عدم توافرها.

٣- العمل على ضمان أهلية القوى العاملة على تقديم خدمات الصحة العامة وخدمات الرعاية الصحية الشخصية.

٤- تقييم الفعالية والقدرة على الحصول على الخدمات الصحية الشخصية والخدمات المقدمة وجودتها فى المجتمعات.

٥- البحث عن مداخل جديدة وحلول مبتكرة للمشاكل الصحية.

ويشمل تطبيق القوانين والأنظمة التى تحمى الصحة وتضمن السلامة ما يلى:

- تطبيق اللوائح الصحية وخاصة فى صناعة الأغذية.
- حماية مصادر مياه الشرب.
- تطبيق مواصفات الهواء النقى.
- السيطرة على الحيوانات السائبة.
- متابعة الأخطار والإصابات التى يمكن الوقاية منها والأمراض الناتجة عن التعرض للمواد الضارة التى تم تحديدها فى بيئة العمل وفى المجتمع.
- مراقبة جودة الخدمات الصحية (على سبيل المثال المختبرات والمصحات الخاصة بكبار السن ومقدمى الرعاية الصحية المنزلية).
- التأكد من سلامة الأدوية الجديدة والتطبيقات فى مجالات الفحوصات البيولوجية والأجهزة الطبية.

ويشمل ربط الناس بالخدمات الصحية الشخصية التى يحتاجون إليها وضمان توفير الرعاية الصحية فى حال عدم توافرها (يطلق عليها أحياناً بالخدمات الممتدة (outreach) أو الممكنة (enabling)) ما يلى:

- ضمان الدخول الفعال للأفراد المحرومين اجتماعيًا (socially disadvantaged) فى نظام منسق للرعاية الإكلينيكية.
- استخدام المواد الملائمة للثقافات واللغات المختلفة والقوى البشرية لضمان ربط مجموعات خاصة من السكان بالخدمات.
- "إدارة الرعاية" المستمرة (care management).
- خدمات المواصلات.
- أنشطة التثقيف الصحى وتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض الموجهة للفئات السكانية الأكثر عرضة للخطر.

ويشمل العمل على ضمان أهلية القوى العاملة على تقديم خدمات الصحة العامة وخدمات لرعاية الصحية الشخصية ما يلى:

- تعليم وتدريب وتقييم العاملين (الذين يشملون المتطوعين والعاملين الصحيين العاديين فى المجتمعات) لتلبية احتياجات المجتمعات من الخدمات الصحية العامة والشخصية.
- الإجراءات الفعالة فى إصدار الرخص للمهنيين.
- تبنى مفهوم تحسين الجودة المستمرة وبرامج التعليم المستمرة.
- العلاقات التعاونية النشطة مع برامج التدريب المتخصصة لضمان تجارب تعليمية ذات علاقة بالمجتمعات لجميع الدارسين.
- التعليم المستمر فى مجالات تطوير الكفاءات الإدارية والقيادية لأولئك الذين يتولون أدواراً إدارية / تنفيذية.

ويشمل تقييم الفعالية والقدرة على الحصول على الخدمات الصحية الشخصية والخدمات المقدمة وجودتها فى المجتمعات ما يلى:

- تقييم فعالية البرامج.
- توفير المعلومات الضرورية لعمليات توزيع الموارد وإعادة تنظيم البرامج.

ويشمل البحث عن مداخل جديدة وحلول مبتكرة للمشاكل الصحية ما يلي:

- سلسلة متصلة من الابتكار تمتد من التجارب العملية فى الميدان التى تعزز التغيير فى ممارسة الصحة العامة إلى الجهود الأكاديمية التى تشجع البحث عن اتجاهات جديدة فى مجال البحث العلمى.
- الارتباط المستمر مع مراكز التعليم العالى والبحوث.
- الإمكانية الذاتية على القيام بالتحليلات الوبائية والاقتصادية وإجراء البحوث فى مجال الخدمات الصحية.

وتعكس العمليات المهمة المضمنة فى إطار خدمات الصحة العامة الحيوية التعقيد فى ممارسة الصحة العامة. وتعتبر تلك العمليات بمنزلة جوانب مهمة لكل من تحديد المشاكل وإيجاد الحلول لها. ومن هذا المنطلق، فإن إطار خدمات الصحة العامة الحيوية يعتبر وثيق الصلة بكل من البيئة الداخلية والخارجية للبرامج والخدمات الذى ينظر العديد من الناس إليها على أنها الوظيفة الرئيسية للصحة العامة ألا وهى وظيفة الخدمة "to serve". وتتجلى هذه العمليات فى أى تدخل للصحة العامة تقريبًا (على الرغم أن هذا الوضوح يكون بدرجات متفاوتة)، كما أن هذه العمليات جلية فى ما يمكن اعتباره بممارسة الصحة العامة الشاملة. وتحمل تلك العمليات على الاعتقاد بأن ممارسة الصحة العامة هى أكثر من مجرد مجموعة من البرامج والخدمات وإنما هى شىء ضمنى فى مفهوم التواجد الحكومى على المستوى المحلى وفى الوسائل التى تمكن من أداء هذا الدور. وقد اعتمدت التطورات الملفتة للنظر المتحققة فى مجال خفض الوفيات الناجمة عن أمراض أوعية القلب خلال القرن العشرين[١٢] على جهود ممارسة الصحة العامة فى كل من طبيعتها العامة والنوعية كما هو مبين لاحقًا فى "إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين، ١٩٠٠-١٩٩٩م وفيات أمراض أوعية القلب"[١٢].

مبادرات ما بعد تقرير معهد الطب:

توفر عملية تحديد الوظائف الأساسية وخدمات الصحة العامة الحيوية قاعدة جديدة لممارسة الصحة العامة. وخلال فترة السنوات العشر التى تلت تقرير معهد الطب ظهرت على السطح أدوات جديدة لممارسة الصحة العامة لتبنى على تلك القاعدة.

مثال:

إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين:

١٩٠٠–١٩٩٩م: وفيات أمراض أوعية القلب

(هناك شبكة معقدة من العوامل المسببة لأمراض أوعية القلب نظرًا لوجود عوامل مساهمة تشمل العوامل الفسيولوجية والسلوكية والبيئية والاجتماعية. ولهذا فإن إستراتيجيات التدخل التى تركز فقط على بعض من هذه العوامل سوف تحقق نجاحًا محدودًا. وتمثل النجاحات المنجزة خلال القرن العشرين هجومًا متعدد الجبهات على هذه المشكلة الصحية أسهمت فيه مجموعة وظائف الصحة العامة وهى التقييم وتطوير السياسات والتأمين)

تعد أمراض القلب من الأسباب الرئيسية للوفاة فى الولايات المتحدة منذ عام ١٩٢١م، فى حين تعتبر السكتة الدماغية السبب الرئيسى الثالث منذ عام ١٩٣٨م. ويعتبر هذان السببان مجتمعين مسئولين عن حوالى ٤٠٪ من جميع الوفيات. ومنذ عام ١٩٥٠م، انخفضت معدلات الوفيات المحسنة حسب العمر من أمراض أوعية القلب (cardiovascular disease (CVD)) بنسبة ٦٠٪ ممثلة بذلك واحدة من أكثر إنجازات الصحة العامة أهمية فى القرن العشرين. وقد انخفضت معدلات الوفيات المحسنة حسب العمر لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة (معايرة حسب التعداد السكانى للولايات المتحدة للعام ١٩٤٠م) لأمراض القلب (مثل أمراض القلب التاجية وأمراض ارتفاع ضغط القلب وأمراض القلب الروماتيزمية) من أعلى مستوى بلغته وهو ٣٠٧,٤ حالة وفاة فى عام ١٩٥٠م إلى ١٣٤,٦ حالة وفاة فى عام ١٩٩٦م، ويمثل هذا انخفاضًا كلى مقداره ٥٦٪ (شكل ٥–١). وقد استمرت معدلات الوفيات المحسنة حسب العمر لأمراض القلب التاجية (أكثر أنواع أمراض أوعية القلب إسهامًا فى الوفيات) فى الارتفاع حتى الستينيات الميلادية ثم انخفضت. فى عام ١٩٩٦م، كان عدد الوفيات من أمراض القلب التاجية أقل بـ ٦٢١,٠٠٠ مما كان متوقعًا فيما لو ظل المعدل عند أعلى مستوياته الذى بلغها فى عام ١٩٦٣م.

وانخفضت معدلات الوفيات من السكتة الدماغية بمستوى ثابت منذ بداية القرن العشرين. منذ عام ١٩٥٠م، انخفضت معدلات السكتة الدماغية بنسبة ٧٠٪ من ٨٨,٨ حالة فى عام ١٩٥٠م إلى ٢٦,٥ فى عام ١٩٩٦م. كما انخفضت معدلات الوفيات المحسنة حسب العمر لمجموع أمراض أوعية القلب بنسبة ٦٠٪ منذ عام ١٩٥٠م وكانت مسئولة عن حوالى ٧٣٪ من الانخفاض فى جميع أسباب الوفاة خلال نفس الفترة.

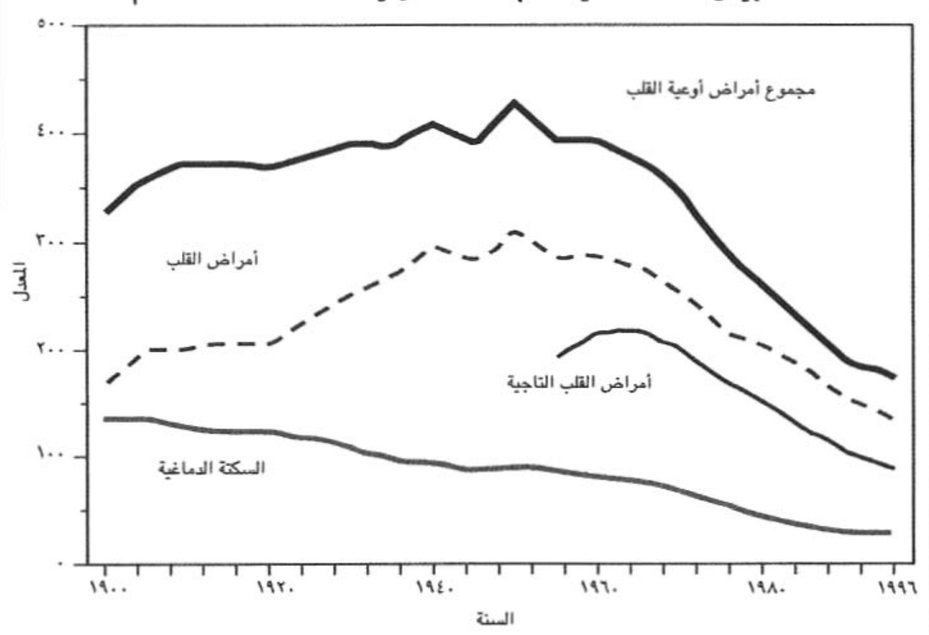
وقد بدأ البحث المكثف فى أسباب وباء أمراض أوعية القلب فى الأربعينيات الميلادية مباشرة بعد الحرب العالمية الثانية على الرغم أن الفرضيات حول أسباب أمراض أوعية القلب وملاحظة الفروق الجغرافية فى معدلات المرض قد بدأت قبل هذا التاريخ. وقد حددت الدراسات الرئيسية فى علم الأوبئة، مثل دراسة القلب لفرامنجهام (Framingham Heart Study) وغيرها، العوامل الرئيسية المنشئة للخطر مثل ارتفاع الكلسترول فى الدم وارتفاع ضغط الدم والتدخين والعوامل المتعلقة بالتغذية

تابع - مثال:

(وتحديداً الكلسترول الموجود فى الغذاء والدهون والأملاح). ولقد نشأ مفهوم العامل المنشئ للخطر (the concept of risk factor) -الذى يقول بأن ظروفاً بيولوجية وأخرى متعلقة بنمط الحياة وأوضاع اجتماعية محددة ترتبط بارتفاع خطر الإصابة بالمرض - فى ظل دراسات علم الأوبئة الباحثة فى أسباب أمراض أوعية القلب. وبالإضافة إلى العوامل الرئيسية المنشئة للخطر (مثل ارتفاع ضغط الدم وارتفاع الكلسترول فى الدم والتدخين)، تشمل العوامل المهمة الأخرى الحالة الاجتماعية/الاقتصادية والبدانة وقلة النشاط البدنى. وقد لوحظ وجود اختلافات جغرافية مثيرة للانتباه، وعلى وجه التحديد فى وفيات السكتة الدماغية، بوجود أعلى المعدلات فى الجنوب الغربى للولايات المتحدة. وقد ألقت الدراسات المقارنة التى أجريت بين دول وثقافات مختلفة الضوء على أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية فى نشوء أمراض أوعية القلب.

شكل (٥-١)

معدلات الوفيات المحسنة حسب العمر لمجموع أمراض أوعية القلب، أمراض القلب وأمراض القلب التاجية والسكتة الدماغية حسب السنة - الولايات المتحدة، ١٩٠٠-١٩٩٦م



المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Decline in Deaths for Heart Disease and Strokes. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 48, No. 36, pp. 349-656, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

تابع – مثال:

ولا تتأثر أمراض القلب التاجية والسكتة الدماغية (وهما السببان الرئيسان فى الوفيات المرتبطة بأمراض أوعية القلب) بنفس الدرجة بالعوامل المنشئة للخطر التى تم تحديدها. فعلى سبيل المثال، يعتبر ارتفاع الكلسترول فى الدم عاملاً رئيسياً منشئاً لخطر الإصابة بأمراض القلب التاجية فى حين يعتبر ارتفاع الضغط العامل الرئيسى فى حدوث السكتة الدماغية. ويلعب كل من النشاط البدنى والتوقف عن التدخين والغذاء الصحى دوراً فى خفض خطر الإصابة بأمراض القلب كما أنها أيضًا تساعد فى خفض خطر حدوث السكتة الدماغية.

وقد سعت الدراسات الأولية الباحثة عن علاج لأمراض القلب لإثبات ما إذا كان خفض مستويات العوامل المنشئة للخطر سوف يؤدى بدوره إلى خفض خطر الإصابة بأمراض أوعية القلب. وخلال فترة السبعينيات والثمانينيات الميلادية، سعت التجارب التى أجريت على مستوى المجتمعات إلى جانب التجارب الإكلينيكية العديدة التى أجريت لإثبات فعالية أدوية مضادات ارتفاع الضغط (antihyper-tensive) وأدوية خفض الدهون (lipid-lowering drugs) إلى خفض خطر الإصابة بأمراض القلب على مستوى المجتمع. وقد استفادت تدخلات الصحة العامة الرامية لخفض معدلات الإصابة بأمراض أوعية القلب من الجمع بين أسلوب التركيز على الأفراد الأكثر عرضة للخطر "high risk approach" الموجه للأفراد الأكثر عرضة لخطر الإصابة بأمراض أوعية القلب وبين الأسلوب الموجه لجميع الفئات السكانية " population-wide approach الذى يهدف لخفض نسبة الخطر بين جميع أفراد المجتمع. وتشمل البرامج القومية التى تجمع بين هذين الأسلوبين المكمل بعضهما بعضًا والتى تستهدف كلاً من مقدمى الرعاية الصحية والمرضى وعامة الناس – كلاً من البرنامج الوطنى للتثقيف عن ارتفاع ضغط الدم (the National High Blood Pressure Education Program) الذى بدأ العمل به فى عام ١٩٧٢م والبرنامج الوطنى للتثقيف عن الكلسترول (the National Cholesterol Education Pro-gram) الذى بدأ العمل به فى عام ١٩٨٥م. وعلى الرغم من قيام مراكز السيطرة والوقاية من المرض بتنفيذ مشاريع تجريبية أولية ركزت على صحة أوعية القلب فى المجتمعات ، إلا أنها قامت فى عام ١٩٨٩م بإنشاء المركز الوطنى للوقاية من الأمراض المزمنة (National Center for Chronic Dis-ease Prevention) الذى وضع فى قائمة أولوياته تعزيز صحة أوعية القلب.

وتختلف الأسباب وراء الانخفاض فى معدلات أمراض القلب والسكتة الدماغية حسب الفترة الزمنية وحسب المنطقة الجغرافية أو المجموعة الاجتماعية/الاقتصادية (مثل العمر والجنس والمجموعات العرقية). وقد نتج عن الجهود الوقائية والتحسينات التى طرأت على أساليب الكشف المبكر عن المرض والعلاج والرعاية العديد من الاتجاهات الإيجابية (جدول ٥–١)، والتى ربما أسهمت فى خفض معدلات الإصابة بأمراض القلب والسكتة الدماغية. وتشمل تلك الاتجاهات ما يلى:

تابع – مثال:

- انخفاض في معدل تدخين السجائر بين البالغين الذين تزيد أعمارهم على ١٨ سنة أو تساويها من حوالى ٤٢٪ فى عام ١٩٦٥ إلى ٢٥٪ فى عام ١٩٩٥م. حيث بدأت جهود الصحة العامة المكثفة لخفض استخدام التبغ مباشرة بعد اكتشاف الارتباط بين التدخين والإصابة بأمراض أوعية القلب والارتباط بين التدخين والسرطان وصدور التقرير الأول لكبير الأطباء (Surgeon General) حول الصحة والتدخين فى عام ١٩٦٤م.

- انخفاض فى متوسط مستويات ضغط الدم بين سكان الولايات المتحدة.

- ارتفاع فى نسبة الأفراد المصابين بارتفاع الضغط الذين تلقوا علاج لحالاتهم وتمت السيطرة على أوضاعهم الصحية.

- انخفاض فى متوسط مستويات الكلسترول فى الدم.

- تغيرات فى نمط التغذية بين سكان الولايات المتحدة. حيث تشير بيانات مستمدة من مسوحات عن تموين الأغذية بأن استهلاك الدهون المشبعة والكلسترول قد انخفض منذ عام ١٩٠٩م. كما تشير البيانات المستمدة من مسوحات الصحة الوطنية والفحص الغذائى (National Health and Nutrition Examination) إلى أن الانخفاض فى نسبة السعرات الحرارية فى الأغذية الدهنية ومستويات الكلسترول فى الغذاء تزامن مع انخفاض فى مستويات الكلسترول فى الدم.

- التحسينات فى الرعاية الطبية والتى تشمل التطورات فى تشخيص وعلاج أمراض القلب والسكتة الدماغية واكتشاف الأدوية الفعالة لعلاج ارتفاع الضغط وارتفاع الكلسترول فى الدم و زيادة الأخصائيين ومقدمى الرعاية الصحية المتخصصين فى أمراض أوعية القلب وارتفاع عدد الخدمات الطبية الإسعافية للنوبات القلبية والسكتات الدماغية والزيادة فى عدد وحدات عناية القلب المركزة (coronary care units). حيث أسهمت هذه التطورات فى خفض معدلات الوفيات بين الحالات المصابة (case-fatality rates) وإطالة مدة البقاء على قيد الحياة وتقصير مدة الإقامة فى المستشفى للأفراد المصابين بأمراض أوعية القلب.

المصدر بتصرف من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Decline in Deaths for Heart Disease and Stroke, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 48, No. 36, pp. 640-656, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

تابع – مثال:

جدول (٥-١)

التغير التقديرى فى العوامل المنشئة للخطر وارتباطها بأمراض القلب والسكتة الدماغية، حسب خصائص مختارة – الولايات المتحدة

الخاصية	سنة الأساس	تقدير سنة الأساس	سنة المتابعة	تقدير سنة المتابعة
البالغون ٢٠-٧٤ سنة المصابين بارتفاع الضغط.	١٩٦٠-١٩٦٢	٪٣٧	١٩٨٨-١٩٩٤	٪٢٣
الأفراد المصابون بارتفاع ضغط الدم الذين يبذلون جهوداً للتحكم فى ضغط الدم لديهم (مثل تناول الأدوية، الحمية الغذائية، خفض كمية الأملاح فى الغذاء وأداء التمارين الرياضية).	١٩٨٥	٪٧٩	١٩٩٠	٪٩٠
الأفراد المصابون بارتفاع الضغط والذين تم السيطرة على ضغط الدم لديهم.	١٩٧٦-١٩٨٠	٪١١	١٩٨٨-١٩٩١	٪٢٩
البالغون ٢٠-٧٤ سنة المصابين بارتفاع الكلسترول فى الدم.	١٩٦٠-١٩٦٢	٪٣٢	١٩٨٨-١٩٩٤	٪١٩
متوسط مستويات مصالة الكلسترول (mg/dL) للبالغين > ١٨ سنة.	١٩٦٠-١٩٦٢	٢٢٠	١٩٨٨-١٩٩٤	٢٠٣
البالغون > ١٨ سنة المدخنين حالياً.	١٩٦٥	٪٤٢	١٩٩٥	٪٢٥
الأفراد ذوو الأوزان الزائدة.	١٩٦٠-١٩٦٢	٪٢٤	١٩٨٨-١٩٩٤	٪٣٥
نسبة السعرات الحرارية من الدهون فى الغذاء.	١٩٧٦-١٩٨٠	٪٣٦	١٩٨٨-١٩٩٤	٪٣٤
نسبة السعرات الحرارية من الدهون المشبعة فى الغذاء.	١٩٧٦-١٩٨٠	٪١٣	١٩٨٨-١٩٩٤	٪١٢
عدد الأطباء الذين أفادوا بأن أمراض أوعية القلب هى التخصص الرئيسى لديهم.	١٩٧٥	٥,٠٤٦	١٩٦٦	١٤,٣٠٤

المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Decline in Deaths for Heart Disease and Stroke, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 36, pp. 649-656, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة والتعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون:

يعتبر بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة (the Assessment Protocol for Excellence in Public Health (APEXPH) إحدى مبادرات حقبة ما بعد تقرير معهد الطب والتى تم تطويرها من قبل الرابطة الوطنية لمسئولى الصحة فى المدن والأقاليم (the National Association of County and City Officials (NACCHO) بالتعاون مع منظمات الصحة العامة الوطنية الأخرى والذى كان له الأثر الإيجابى الأشمل على ممارسة الصحة العامة. وما يدعو للتفاؤل أكثر هو خليفته فى عام ٢٠٠٠م والذى يعرف بالتعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون (Mobilizing for Action through Planning and Partnerships (MAPP). وقد كان بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة الأصلى بمنزلة أداة للتقييم الذاتى للمنظمة والتحسين لإدارات الصحة المحلية إضافة إلى كونه عملية بسيطة وفعالة لتقدير احتياجات المجتمع. وقد وفر بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة إدارات الصحة المحلية وسيلة للرفع من مستوى قدرتها التنظيمية وتعزيز أدوارها القيادية فى المجتمعات التى تخدمها. وقد أرشد بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة المسئولين فى إدارات الصحة المحلية فى جانبين رئيسيين من النشاط: (١) تقييم وتحسين القدرة التنظيمية للمؤسسة و(٢) العمل مع السلطات المحلية لتحسين الحالة الصحية لمواطنيها. وهناك ثلاثة أجزاء رئيسية لهذه العملية[١٣].

- تقييم القدرة التنظيمية (Organizational Capacity Assessment) – تقييم ذاتى للجوانب التشغيلية الرئيسية، والتى تشمل الصلاحية الممنوحة للقيام بالنشاط والعلاقات مع المجتمع وتقييم الصحة فى المجتمع وتطوير السياسات العامة وضمان خدمات الصحة العامة والإدارة المالية وإدارة الموارد البشرية وإدارة البرامج، والتى تفضى إلى خطة عمل للمنظمة تحدد الأولويات لتصحيح نواحى القصور.

- العملية الخاصة بالمجتمع (Community Process) – ترشد عملية تشكيل اللجان الاستشارية فى المجتمعات التى تحدد المشاكل الصحية ذات الأولوية ومن ثم صياغة أهداف الحالة الصحية والأهداف الخاصة بالبرامج. والهدف هو تعبئة موارد المجتمع للسعى فى تحقيق أهداف الصحة العامة ذات الصلة بالبيئة المحلية والتى تنسجم مع أهداف برنامج الناس الأصحاء (Healthy People).

- استكمال الدورة (Completing the Cycle) - التأكد من أن الأنشطة المترتبة على عمليات تقييم القدرة التنظيمية والعملية الخاصة بالمجتمع قد أديت على نحو فعال وأن تلك الأنشطة تحقق النتائج المرغوبة من خلال فعاليات تطوير السياسات والتأمين والمراقبة والتقييم.

وبعد ظهوره فى عام ١٩٩١م، حظى بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة بالقبول بسرعة حيث قامت أكثر من نصف إدارات الصحة المحلية بتوظيف جميع أو جزء منه خلال التسعينيات الميلادية. وعلى الرغم من أن تجربة السنوات العشر مع بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة تعتبر إيجابية بدرجة عالية إلا أن الحاجة لتعزيز العملية لاتزال واضحة. وقد أسهمت عوامل مثل الاهتمام البالغ بجهود تحسين الصحة فى المجتمعات والقبول الواسع النطاق لخدمات الصحة العامة الحيوية كإطار لممارسة الصحة العامة والحاجة الإستراتيجية إلى استقطاب قطاع عريض من المهتمين بشئون المجتمعات والفرصة لإضفاء الصبغة الرسمية وتنشيط أنظمة الصحة العامة المحلية مجتمعة فى إيجاد الحاجة إلى أسلوب إستراتيجى لتحسين الصحة فى المجتمعات.

وقد جاء أسلوب التعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون لتلبية تلك الاحتياجات من خلال تصور وتصميم أداة مرنة لممارسة الصحة العامة لكى تستخدم من قبل المجتمعات من خلال قيادة فعالة من قبل إدارة الصحة المحلية لخلق نظام محلى يضمن تقديم الخدمات الصحية الضرورية لحماية صحة الناس. وتشمل الخصائص المميزة للتعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون ما يلى:

- دمج مفاهيم التخطيط الإستراتيجى- اللازمة لمساعدة إدارات الصحة المحلية لإشراك المجتمعات التى تقوم بخدمتها والحصول على الموارد وإدارة عملية التغيير. ومن ضمن المفاهيم التى شملتها التعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون التصور المستقبلى وتقييم البيئة المقارن وتحديد القضايا الإستراتيجية وأسس صياغة الإستراتيجيات.
- التأسيس على ممارسة الصحة العامة المحلية- اللازم لضمان إمكانية استخدام العملية ومرونتها وملاءمتها للمستخدم. حيث تعتمد الأدوات بشكل كبير على ربط التجارب والنماذج الناجحة للمجتمعات من خلال الصور الوصفية الموجزة والحالات الدراسية وغيرها من الأمثلة.

- التركيز على نظام الصحة العامة المحلى- اللازم لتوسيع جهود تحسين الصحة فى المجتمعات من خلال استشعار دور وإشراك جميع المنظمات العامة والخاصة المساهمة فى صحة العامة على المستوى المحلى. حيث إن الصحة العامة تشمل أكثر مما تقوم به مؤسسات الصحة العامة وتوفر التعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون إطاراً لتفعيل هذا الاعتقاد.
- أسلوب مشترك لتقييم أنظمة الصحة العامة المحلية – اللازم لتعزيز مستوى ثابت لجودة ممارسة الصحة العامة من مجتمع إلى آخر ومن ولاية إلى أخرى. ويوفر إطار خدمات الصحة العامة الحيوية المعايير اللازمة لتقييم أنظمة الصحة العامة المحلية والتى تنسجم مع الجهود الأخرى على المستويين القومى وعلى مستوى الولاية للوصول إلى مجموعة أساسية من مواصفات الأداء فى مجال الصحة العامة.
- التوسع فى المؤشرات الأساسية للحالة الصحية – اللازم لكى تعكس بشكل أفضل المحددات السكانية والاجتماعية/الاقتصادية للصحة وأصول وموارد المجتمع والمخاطر البيئية والسلوكية وجودة الحياة. وتشمل التعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون مجموعةً أساسية من المقاييس صالحة لجميع المجتمعات وقائمة طويلة من المقاييس الإضافية لكى تُستخدم كلما كان ذلك مناسباً.
- إدارك الدور المهم الذى تلعبه المبادئ الفكرية ونقاط القوة الخاصة بالمجتمع فى جهود تحسين الصحة فى المجتمعات – اللازم لخلق التوازن بين الاعتماد على البيانات وآراء الخبراء وتوفير رؤى جديدة حول العوامل المؤثرة فى صحة المجتمعات وزيادة عدد الداعمين والمشاركة النشطة بحيث تشعر الأطراف المساهمة بأن اهتماماتها وآرائها مهمة للعملية.

ويشمل النموذج المطور لمفهوم التعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون عناصر مترابطة ومتفاعل بعضها مع بعض. وحتى يكون قابلاً من الناحية العملية للاستخدام من قبل مجتمعات مختلفة وحتى يمزج مفاهيم التخطيط الإستراتيجى الأساسية مع مفاهيم الصحة العامة ومفاهيم تحسين الصحة فى المجتمعات ، يمكن اعتبار التعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون أنه بسيط ومعقد فى آن واحد كما هو موضح فى الشكل (٥-٢). ولا يوجد تسلسل ثابت أو مفضل لتلك العناصر. وتبين حدود النموذج التقييمات الأربعة التى تحدد القضايا الإستراتيجية وعادة ما تستكمل تلك التقييمات بعد الفراغ من وضع التصور المستقبلى ولكن قبل تحديد القضايا

الإستراتيجية فى الخطوات المشار إليها فى وسط النموذج. وفيما يلى وصف مختصر لكل عنصر من عناصر النموذج:

- التنظيم لتحقيق النجاح وتطوير علاقات التعاون – وتشمل وضع القيم والنتائج للعملية وعلى تحديد مدى عمق وشكل وتوقيت عملية التخطيط بالإضافة إلى المشاركين فيها.
- الرؤية المستقبلية – وتشتمل على تطوير رؤية مشتركة للمستقبل المثالى للمجتمع والذى يمنح العملية التركيز المطلوب والغرض والاتجاه والدعم.
- التقييمات الأربعة للتعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون – وتقوم هذه التقييمات بتزويد العملية بالمعلومات وتوجه عملية تحديد القضايا الإستراتيجية. وجميع هذه التقييمات ضرورية لنجاح العملية على الرغم من عدم وجود ترتيب محدد لإجرائها. والتقييمات الإستراتيجية الأربعة هى:

١- أفكار ونقاط القوة فى المجتمع – وتشمل جمع المقترحات والمرئيات من داخل المجتمعات لفهم القضايا التى يعتقد المقيمون فيها بأنها مهمة.

٢- تقييم الصحة العامة المحلية – ويشمل تحليلاً للغاية المراد الوصول إليها وللرؤية المستقبلية والأهداف من خلال استخدام مقاييس الأداء الخاصة بخدمات الصحة العامة الحيوية. ويتم أيضاً فى هذا التقييم تحديد نقاط القوة والجوانب التى يمكن تحسينها.

٣- تقييم الحالة الصحية للمجتمع – ويشمل تقييماً شاملاً للمؤشرات فى إحدى عشر جانباً والتى تشمل تنظيم الأصول وجودة الحياة وصحة البيئة والعوامل الاجتماعية/الاقتصادية والسكانية والسلوكية والأمراض المعدية والأحداث الخاضعة للمراقبة والصحة النفسية والاجتماعية وصحة الأمومة والطفولة وتوفر الموارد الصحية ومؤشرات الحالة الصحية.

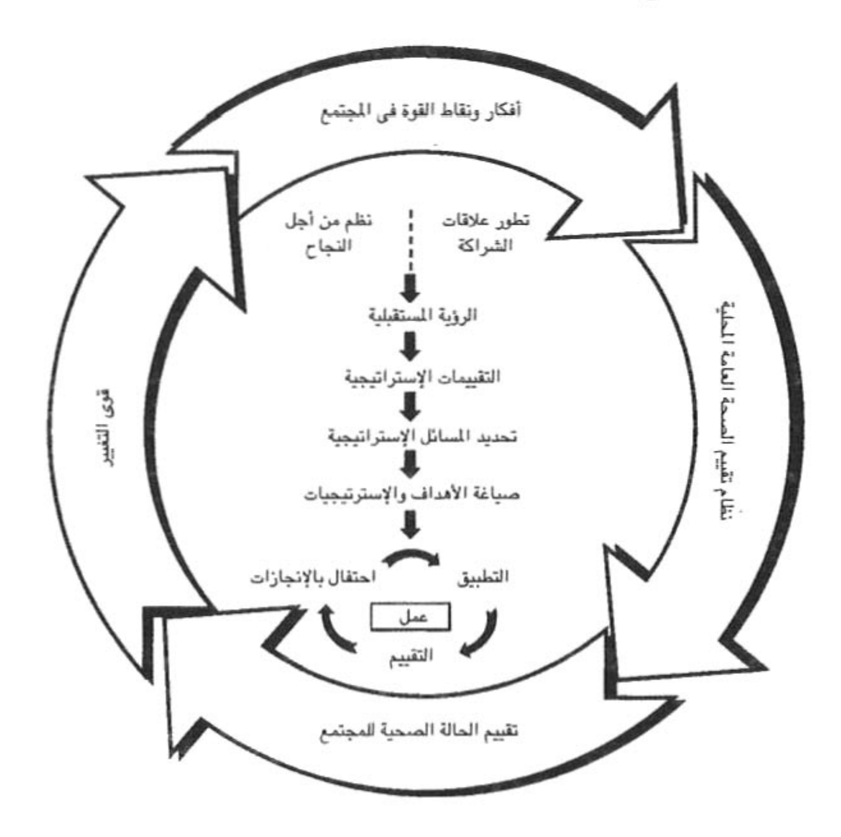
٤- قوى التغيير – ويتم هنا تحديد القوى المؤثرة على المجتمع على نحو واسع مثل التكنولوجيا والقوانين التشريعية.

- تحديد المسائل الإستراتيجية – ويشمل الأسئلة المتعلقة بالسياسة الأساسية للوصول إلى الرؤية المستقبلية المشتركة الناتجة عن المعلومات التى تم جمعها فى المراحل السابقة. وبعض تلك الأسئلة أكثر أهمية من غيرها وتستلزم اتخاذ قرارات بشأنها.

- صياغة الأهداف والإستراتيجيات – وتشمل تطوير وتقييم الخيارات المتاحة لمعالجة المسائل الإستراتيجية وتشمل الأسئلة المتعلقة بالجدوى ومعوقات التنفيذ. ويتم هنا اختيار الإستراتيجيات المفضلة.
- دورة التنفيذ (The Action Cycle) – وتشمل التطبيق والتقييم والاحتفال بالإنجازات بعد اختيار الإستراتيجيات والاتفاق عليها.

شكل (٥-٢)

نموذج التعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون



المصدر أعيد طباعته من:

National Association of County and City Health Officials, 2000.

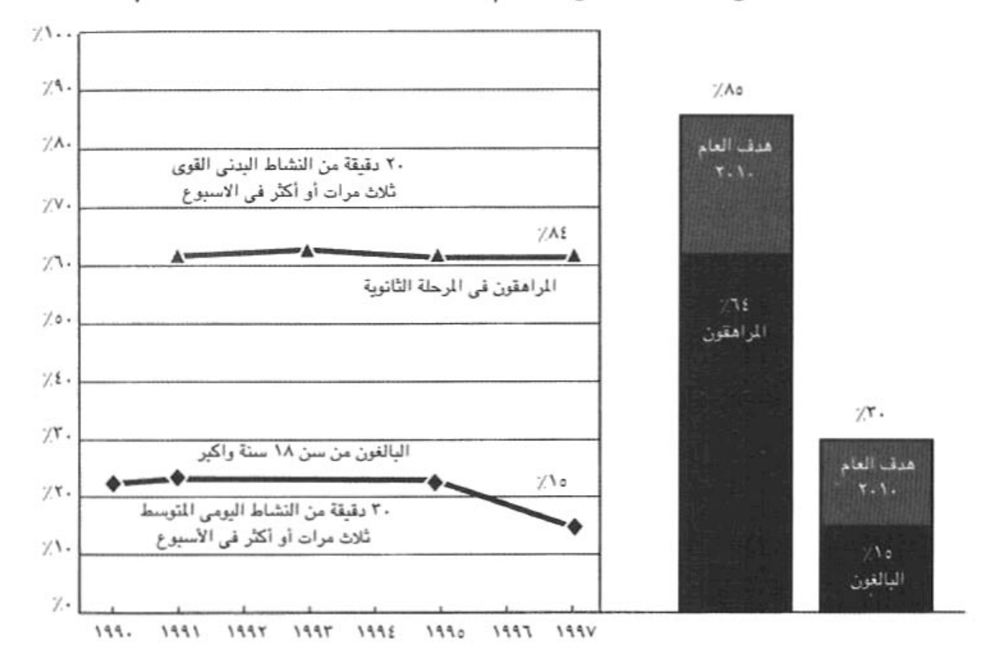
ولن يتم الشروع في استخدام التعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون على نطاق واسع إلا بعد عام ٢٠٠٠م. وعلى الرغم من أن تأثيره على أداء وظائف الصحة العامة الرئيسية لن يعرف إلا بعد مرور عدة سنوات، إلا أن نجاحه سوف يعتمد جزئيًا على ارتباطه بالمبادرات الأخرى المهمة فى حقبة ما بعد تقرير معهد الطب.

أسلوب مخطط للصحة فى المجتمع ومواصفات النموذج وعمليات تحسين الصحة فى المجتمع:

بالإضافة إلى إطار خدمات الصحة العامة الحيوية وعمليات بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة (APEXPH) / التعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون، استحث تقرير معهد الطب عدة مبادرات مهمة أخرى لتعزيز أداء وظائف الصحة العامة الرئيسية وخاصة فيما يتعلق بوظائف التقييم وتطوير السياسات. وكما سبق الإشارة إليه فى الفصل الثانى من هذا الكتاب، فقد تم صياغة أهداف صحية قومية للعام ٢٠١٠م بناء على تجربة العشرين عامًا الماضية مع الأهداف الصحية القومية للعام ١٩٩٠م والعام ٢٠٠٠م. وتغطى مجموعة المؤشرات الصحية الرئيسية المقترحة لبرنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠ مجموعة واسعة من الأخطار الصحية المهمة مثل تلك المتعلقة بالنشاط البدنى (شكل (٥-٣)). وتميز كل من المشاركة الواسعة فى تصميمها والأدوات الأفضل المستخدمة فى تطبيقها فى بيئة المجتمعات الأهداف الصحة القومية للعام ٢٠١٠ عن نظيراتها فى المحاولتين السابقتين (الأهداف الصحية القومية للعامين ١٩٩٠م و٢٠٠٠م).

ومن أولى أدوات التخطيط الصحى فى المجتمعات المزمع استخدامها على نطاق واسع هو الأسلوب المخطط لصحة المجتمع (Planned Approach to Community Health (PATCH))، وهى عملية لتنظيم المجتمع وتحديد الاحتياجات تركز على تعبئة الجهود فى المجتمع والحصول على التأييد. ويركز الأسلوب المخطط لصحة المجتمع على توجيه وتدريب القيادات فى المجتمع وغيرهم من المشاركين فى جميع جوانب عملية تحديد احتياجات المجتمعات وتشمل التوثيق السليم وتنمية الموارد. وبالرغم من أن هذا الأسلوب قد طور أصلاً من قبل مراكز السيطرة والوقاية من المرض للتركيز على الحالات الصحية المزمنة ولتشجيع تطوير التدخلات المتعلقة بتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، إلا أن هذا الأسلوب مرن بحيث يسمح بأن يستخدم فى مجموعة واسعة من تطبيقات تحديد الاحتياجات الصحية فى المجتمعات.

شكل (٥-٣)
المشاركة فى النشاط البدنى المنتظم، الولايات المتحدة، ١٩٩٠-١٩٩٧م



المصدر أعيد طباعته من:

Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, 2000.

ومن الأدوات الأخرى المهمة التى تعنى بوظائف الصحة العامة الأساسية وبالعمليات المرتبطة بها هى المواصفات النموذجية، المجتمعات الصحية (Model Standards, Healthy Communities)[٨]. وتربط الخطوات المحددة لتطبيق عملية المواصفات النموذجية فى المجتمع العديد من الأدوات الخاصة بالوظائف الأساسية بحيث إنها تمثل، فى الواقع، مدخلاً للمنظمات للمشاركة فى أنشطة تحسين الصحة فى المجتمعات.

١- تقييم الدور التنظيمى: تنظم المجتمعات وتهيكل بطرق مختلفة. ونتيجة لذلك فإن الأدوار المحددة لمنظمات الصحة العامة المحلية سوف تختلف من مجتمع إلى آخر. ومن الخطوات الضرورية الأولية هى مراجعة الغرض والغاية التنظيمية وتطوير رؤية

بعيدة المدى من خلال التخطيط الإستراتيجي الذى يشمل مؤيديه الداخليين والخارجيين. ويؤدى كل من بيان الغاية والرؤية بعيدة المدى التى تم التوصل إليهما إلى توجيه المنظمة (القيادة ومجلس الإدارة وكذلك الموظفين) وتوضيح أهدافها لشركائها فى المجتمع. ويجب أن تستكمل هذه الخطوة المهمة قبل المضى بنجاح فى الخطوات المتبقية. ويعتبر الجزء الأول من بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة وعناصر التخطيط الإستراتيجى الموسعة لعملية التعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون مفيدة لإنجاز هذه المهمة.

٢- تقييم القدرة التنظيمية: بعد تحديد الغاية والدور فإنه من الضرورى أن يتم فحص قدرة المنظمة على القيام بالدور المناط بها فى المجتمع. ويتطلب هذا الأمر إجراء تقييم للعناصر التشغيلية الرئيسية فى المنظمة والتى تشمل هيكلها التنظيمى وأداءها لمهام معينة. ويفضل أن يتم هذا النوع من التقييم الذاتى للمنظمة ولنظام الصحة العامة المحلى من خلال المشاركة الواسعة من جميع المستويات. ويشتمل كل من بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة والتعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون على مئات المؤشرات التى يمكن أن تستخدم فى تقييم القدرة التنظيمية. ويمكن تعديل أو حذف تلك المؤشرات وفق ما تراه المنظمة مناسبًا كما يمكن استخدام مؤشرات إضافية. وتؤدى هذه الخطوة إلى تحديد نقاط القوة والضعف المتعلقة بالغاية والدور.

٣- تطوير خطة لبناء القدرة: يقود تطوير خطة لبناء القدرة إلى توحيد نقاط القوة الخاصة بالمنظمة وإلى تحديد أولويات جوانب الضعف حتى يتم معالجة أهمها أولاً. وكأى خطة أخرى، يتم تطوير أهداف محددة لمعالجة جوانب الضعف تلك ويتم تحديد المسئوليات وإيجاد آلية لمتابعة التقدم الذى تم إحرازه فى هذا الشأن. ومرة أخرى، يعد كل من بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة والتعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون أدوات مفيدة لإنجاز هذه المهمة.

٤- تقييم البناء التنظيمى للمجتمع: بعد استكمال عملية المراجعة الداخلية لإمكانياتها وقدراتها لممارسة دور قيادى فى تحديد ومعالجة الاحتياجات الصحية ذات الأولوية، يجب على منظمة الصحة العامة أن تقيم المساهمين الرئيسيين والمشاركين الذين يعتبر تعاونهم ضرورياً لإجراء تحديد احتياجات المجتمع على نحو موسع وتطوير مبادرات التدخل الكفيلة بتلبية تلك الاحتياجات. وعادة ما تكون هذه العملية مستمرة وذات مدى طويل يتم فيها تقييم العلاقة بجميع المساهمين والشركاء المهمين فى المجتمع (مثل

مؤسسة الصحة ومقدمى الخدمات ذات العلاقة بالصحة والمنظمات العاملة فى المجتمع والقيادات والجماعات ذات الاهتمام بشئون المجتمع ووسائل الإعلام وعامة الناس). وتحدد هذه الخطوة الكيفية التى سوف يتم بها التخطيط الصحى فى المجتمع والجهة المشرفة على عملية التخطيط الصحى فى المجتمع. ويساعد كل من بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة والتعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون والأسلوب المخطط لصحة المجتمع فى إنجاز هذه الخطوة بنجاح.

٥- تنظيم المجتمع: تتطلب هذه الخطوة تنظيم المجتمع بحيث يشكل حليفًا قويًا للصحة العامة ويدخل بشكل متعاون فى علاقة شراكة مع مؤسسة الصحة العاملة فى المجتمع. وتختلف الإستراتيجيات والأنشطة المحددة من مجتمع إلى آخر، ولكنها بصفة عامة تشتمل على جلسات السماع العامة والحوار وحلقات النقاش والاجتماعات وجلسات التخطيط المشتركة. ويجب توضيح الأدوار والصلاحيات المحددة للمشاركين من المجتمع بحيث لا ينظر إلى العملية على أنها موجهة بشكل كبير من قبل مؤسسة الصحة أو من يطلق عليهم بالخبراء. ويعتبر كل من بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة والتعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون والأسلوب المخطط لصحة المجتمع أدوات مفيدة لإنجاز هذه المهمة.

٦- تحديد الاحتياجات الصحية للمجتمع: تتمحور العملية الفعلية لتحديد المشاكل الصحية ذات الأهمية بالنسبة للمجتمع فى معايرة المعلومات المستمدة من مجموعات البيانات بالمعلومات المستمدة من شعور وإدراك أفراد المجتمع تجاه أى المشاكل أكثر أهمية. وغالبًا ما يزيد استعداد المجتمع لمجابهة مشاكل معينة من فرص النجاح بالإضافة إلى توفير الدعم إلى العملية بأكملها فى المجتمع. وبالإضافة إلى جمع المعلومات عن المشاكل الصحية المحتملة، يتم فى هذه الخطوة جمع معلومات عن الموارد المتاحة للمجتمع. وتقود هذه الخطوة إلى توفير معلومات ضرورية حول المشاكل الصحية الأكثر أهمية بالنسبة للمجتمع والتى يجب تحديدها. ويمكن استخدام أدوات تحديد احتياجات المجتمعات المتاحة فى كل من بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة والتعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون والأسلوب المخطط لصحة المجتمع فى إنجاز هذه الخطوة.

٧- تحديد الأولويات المحلية والموارد الصحية المتوافرة فى المجتمع: بعد تحديد المشاكل الصحية المهمة لا بد من اتخاذ قرارات حول أى تلك المشاكل يكون أكثر أهمية بالنسبة

للمجتمع. وتتطلب هذه الخطوة مشاركة واسعة من المشاركين فى العملية فى المجتمع حتى ينظر إلى الأولويات على أنها ممثلة لأولويات المجتمع وليس على أنها أولويات معينة خاصة بالمؤسسة الصحية. ويعتبر النقاش والمفاوضات أمرين ضروريين لهذه الخطوة، وهناك العديد من الأساليب للوصول إلى إجماع حول أولويات معينة. ويدعم كل من بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة والتعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون والأسلوب المخطط لصحة المجتمع هذه الخطوة.

٨- اختيار الأهداف المراد بلوغها: بعد تحديد الأولويات، لا بد للعملية أن تحدد مستوى معيناً من الإنجاز لكل مشكلة ذات أولوية. وتعتبر عملية نموذج المواصفات (Model Standards) بالتحديد مفيدة فى هذه الخطوة لربط أولويات المجتمع بالأهداف الصحية القومية ولخلق أهداف مناسبة عطفًا على الحالة الراهنة والتحسن الممكن نتيجة للتدخل فى المجتمع. وتتطلب هذه الخطوة أيضًا الدخول فى مفاوضات بين الأطراف المعنية لأنها قد تستلزم تعبئة وإعادة تخصيص للموارد لبلوغ الأهداف المتفق عليها. وبالإضافة إلى نموذج المواصفات، من الممكن أن يكون كل من بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة والتعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون والأسلوب المخطط لصحة المجتمع أدوات مفيدة فى إنجاز هذه الخطوة.

٩- تطوير إستراتيجيات التدخل: تتركز هذه الخطوة فى تحديد الإستراتيجات والأساليب اللازمة لتحقيق الأهداف المحددة لكل مشكلة صحية ذات أولوية. وقد يكون هذا الأمر بالغ الصعوبة وأحيانًا يكون مستعصياً عن الحل. فبعض المشاكل قد يتوافر لها عدد محدود جداً من الحلول أو قد لا يتوافر لها حل فعال على الإطلاق. وبعض المشاكل الأخرى قد يتوافر لها إستراتيجيات يتناقض بعضها مع بعض على نحو كبير، وبعض هذه الإستراتيجيات قد تكون غير مقبولة أو غير عملية. وبعد الوصول إلى اتفاق حول الإستراتيجيات والأساليب، يجب تحديد الجهة المسئولة عن التنفيذ والتقييم. وفى حالة التدخلات الشاملة فى المجتمع، قد يكون التنسيق العام للجهود المبذولة أحد الجوانب التى تشملها إستراتيجية التدخل.

١٠- تنفيذ إستراتيجيات التدخل: بعد تحديد الأهداف والأغراض والإستراتيجيات والأساليب، يتم وضع خطط معينة لتنفيذ التدخل بالإضافة إلى تحديد مهام معينة ووضع خطط عمل. ويعتبر التحديد الدقيق للمسئوليات والجداول الزمنية أموراً ضرورية فى هذه الخطوة.

١١- المراقبة والتقييم المستمران للجهد المبذول: تتمثل إستراتيجية تقييم التدخل فى متابعة الأداء المرتبط بالنتائج بالإضافة إلى متابعة الأداء المرتبط بأهداف العملية ومعايير الأنشطة عبر الوقت. وإذا تم إنجاز معايير الأنشطة وأهداف العملية أصبح هناك تقدم فى سبيل تحقيق الأهداف المرغوب فيها. وإذا لم يحدث هذا التقدم فإن هذا يعنى أن إستراتيجية التدخل التى وقع عليها الخيار تحتاج إلى إعادة نظر ومراجعة.

ومنذ عام ١٩٩٠م، استخدمت العديد من المجتمعات الأسلوب المخطط لصحة التجمع السكانى والمواصفات النموذجية وغيرها من الأدوات مثل المدن الصحية (Healthy Cities) والمجتمعات الصحية (Healthy Communities)، وهما تعدان من عمليات تحديد الاحتياجات فى المجتمعات). ويبين شكل (٥-٤) حالة استخدام هذه الأدوات من قبل إدارات الصحة المحلية حتى عام ١٩٩٣م.

فى عام ١٩٩٦م، تعرض تقرير معهد الطب مرة أخرى للقضايا الواردة فى مستقبل الصحة العامة (the Future of Public Health) منتهيًا إلى أن هناك منظمات وقيادات مختلفة وحقائق سياسية واقتصادية أدت إلى تحويل الكيفية التى تؤدى بها وظائف الصحة العامة الرئيسية والخدمات الحيوية[١٥]. من جانب، دفعت الرعاية الصحية الموجهة بقوى السوق الصحة العامة إلى توضيح وتعزيز دورها العام فى نظام يسيطر عليه القطاع الخاص. ومن جانب آخر، عملت الصحة العامة على نحو متزايد على تحديد جهات متعددة ذات أثر بارز فى تشكيل صحة ورفاهية المجتمع والتعاون معها فى داخل المجتمعات. وقد قام تقرير ثالث لمعهد الطب صدر فى عام ١٩٩٧م، بطرح نموذج يطلق عليه عملية تحسين الصحة فى المجتمع ((community health improvement process (CHIP)) يعزز الأدوات التى تم تطويرها فى العقد السابق من الزمن والخطوات التى تم وصفها سابقًا. ويستعرض الفصل الثامن من هذا الكتاب مدلولات هذا النموذج على مستقبل ممارسة الصحة العامة فى المجتمعات. ومن خصائصه الرئيسية نظرته الشاملة للعديد من العوامل المؤثرة فى الصحة ودعمه للمشاركة الواسعة من قبل المساهمين فى المجتمع وتركيزه على مقاييس الأداء لضمان مسئولية الأطراف المشاركة ومتابعة التقدم المحرز عبر الوقت.

وهذه المبادرات والأدوات مجتمعة قادرة على أن تسهم مساهمة كبيرة فى تحسين ممارسة الصحة العامة فى الولايات المتحدة. بالإضافة إلى أن هناك سببًا للاعتقاد بضرورة التحسين بالنظر إلى تقييمات الأداء التى تم استكمالها فى التسعينيات الميلادية.

أداء الوظائف الأساسية فى التسعينيات الميلادية:

تم تطوير الكثير مما يعرف عن أداء الصحة العامة فى الولايات المتحدة من خلال إطار المبادرات التى نشأت بعد ظهور تقرير معهد الطب. ولكن مع الأسف فإن الكثير من هذه التجارب ظلت غير منشورة فى حين ظل القليل منها غير قابل للنقل والتطبيق فى أماكن أخرى. ولكن تم نشر أكثر من اثنى عشر من التقارير المتعلقة بجوانب عددية من أداء الصحة العامة خلال التسعينيات الميلادية. وعلى الرغم من استخدامها مجموعات من معايير الأداء المختلفة بعض الشىء، إلا أنها تضيف رؤية مهمة لممارسة وظائف الصحة العامة وخدمات الصحة العامة الحيوية.

شكل (٥-٤)

استخدام عدد من عمليات وأدوات ممارسة الصحة العامة فى المجتمع من قبل إدارات الصحة المحلية



المصدر أعيد طباعته من:

Profile of Local Health Departments, 1992-1993, National Association of County and City Health Officials, the Censers for Disease Control and Prevention, 1995.

وقد نشرت بيانات حول أداء ممارسة الصحة العامة والتى تركز على أداء العملية (شاملة المخرجات) من قبل الرابطة الوطنية لمسئولى الصحة فى المدن والأقاليم فى مسوحاتها لإدارات الصحة المحلية التى أجريت فى الأعوام ١٩٩٠م و١٩٩٢/١٩٩٣م[١٧، ١٨]. وكان متوسط الأداء لإدارة الصحة المحلية للأسئلة الثمانية والأربعين المرتبطة بالوظائف الأساسية الثلاث فى المسح الذى أجرى فى عام ١٩٩٠م من قبل الرابطة الوطنية لمسئولى الصحة فى المدن والأقاليم هو ٥٠٪. وكان المتوسط للأسئلة الستٍ والتسعين المتعلقة بالوظائف الأساسية الثلاث فى المسح الذى أجرته الرابطة الوطنية لمسئولى الصحة فى المدن والأقاليم فى عام ١٩٩٢/١٩٩٣م متشابهًا حيث بلغ ٤٦٪، فى حين نشرت دراسات أخرى، استخدمت معايير أداء مبنية على الوظائف الرئيسية، درجات أداء بلغت ٥٧٪ لـ ١٤ إدارة صحة محلية فى عام ١٩٩٢م و٥٦٪ لـ ٣٧٠ إدارة صحة محلية فى عام ١٩٩٣م و٥٠٪ لـ ٢٠٨ إدارة صحة محلية فى عام ١٩٩٣م[١٩، ٢٠]. وعندما استخدمت معايير أداء على مستوى الولاية فى أيوا (Iowa) فى عام ١٩٩٥م، بلغت درجة الأداء العام ٦١٪[٢٣].

وبناء على عدد من الاختبارات الميدانية ودراسات الأداء التى أجريت فى بداية التسعينيات الميلادية، تم الإجماع على مجموعة تتكون من ٢٠ معيار أداء لممارسة الصحة العامة (توضيح ٥-٦) من قبل عدد من الباحثين الرواد فى الحقل. وبتطبيق تلك المعايير العشرين على عينة عشوائية طبقية من ٢٩٨ إدارة صحة محلية مصنفة حسب حجم السكان ونوع السلطة المحلية، جرت محاولة لتقييم مدى فعالية وظائف الصحة العامة الأساسية المحددة فى تقرير معهد الطب (التقييم وتطوير السياسات والتأمين) فى خدمة سكان الولايات المتحدة فى عام ١٩٩٥م. وقد تراوح أداء تلك المعايير العشرين من ٢٣٪ إلى ٩٤٪. وكان أكثر تلك المعايير شيوعًا هو تقصى الأحداث الصحية السلبية والعمل على وجود خدمات المختبرات الضرورية وتنفيذ البرامج المقررة والعمل على وجود شبكة من العلاقات وتوفير المعلومات لعامة الناس بصفة دورية. أما أقل تلك المعايير شيوعًا فشملت تقييم استخدام الخدمات الوقائية والكشف المبكر عن الأمراض فى التجمعات السكانية وإجراء المسوحات السكانية حول العوامل السلوكية المنشئة للخطر والتقييم المستمر لأثر الخدمات المقدمة فى التجمعات السكانية وتوزيع الموارد المنسجم مع خطط العمل فى التجمع السكانى وتوفير الموارد لتلبية الاحتياجات المحددة سلفا (جدول ٥-٢). وبلغ المتوسط العام المرجح (overall weighted mean) لدرجات الأداء لجميع المعايير العشرين ٥٦٪. وكانت الدرجات الفرعية لمعايير التقييم وتطوير السياسات والتأمين

مشابهة للمتوسط العام. وقد قامت إدارات الصحة المحلية العاملة فى المدن والأقاليم التى يبلغ تعدادها السكانى أكثر من ٥٠,٠٠٠ نسمة بأداء تلك المعايير بتكرار أكبر من أدائها من قبل إدارات الصحة المحلية الأخرى التى شملتها الدراسة (جدول ٥-٣).

وقد توصلت دراسة أخرى[٢٥]، استخدمت نفس المعايير العشرين فى عام ١٩٩٨م، إلى نفس مستويات الأداء (٦٥٪) فى ٣٥٦ سلطة محلية يبلغ عدد سكانها ١٠٠,٠٠٠ نسمة أو أكثر. وبالرغم من أن أداء المحليات ذات الكثافة السكانية الأكبر كان أعلى نوعًا ما من أداء المحليات الكبيرة والصغيرة مجتمعة المشمولة فى الدراسة الوطنية لعام ١٩٩٥م، إلا أن كلاً من الترتيب النسبى والدرجات الخاصة بأحجام سكانية معينة كانت متشابهة إلى حد كبير فى هاتين الدراستين.

وعلى الرغم من أن الدراسات المتعددة التى أجريت خلال التسعينيات الميلادية قد استخدمت أساليب ومعايير مختلفة بعض الشىء، فإنها تشير على نحو ثابت إلى أن أداء ممارسة الصحة العامة (العمليات والمخرجات) يتراوح ما بين ٥٠-٧٠٪، وتعكس صورة أقل من مثالية عن وظيفة نظام الصحة العامة على المستوى القومى وفى العديد من الولايات. وما يثير الانتباه هو أن هذا المدى ينسجم مع نتائج تقرير إيمرسون قبل نصف قرن حول مدى فعالية تغطية الصحة العامة للأمة بناء على تقييم لعوامل القدرة أو الطاقة الاستيعابية. وعلى الرغم من أن الحالة الدقيقة غير معروفه، إلا أنه من الواضح أن الولايات المتحدة قد عجزت عن تحقيق هدفها للعام ٢٠٠٠م والذى يرمى إلى أن تصل نسبة السكان المقيمين فى مناطق تؤدى فيها وظائف الصحة العامة الرئيسية بفعالية إلى ٩٠٪. حيث خلصت دراستان عن أداء ممارسة الصحة العامة أجريت على المستوى القومى فى التسعينيات الميلادية إلى أن حوالى ثلث سكان الولايات المتحدة فقط يخدمون بفعالية[٢٢، ٢٤].

وتقترح هذه النتائج أن أداء الوظائف الرئيسية وخدمات الصحة العامة الحيوية يمكن تحسينه بشكل كبير. وحيث إن المفاهيم المستخدمة لتقييم الأداء تعتبر فى الأساس مواصفات لممارسة الصحة العامة، فإن تلك المقاييس وأنشطة المراقبة ذاتها تعزز من إمكانية تبنيها من قبل المشتغلين بالصحة العامة. وقد سبق طرح نفس تطلعات الأداء هذه فى العديد من المبادرات التى تعود جذورها إلى تقرير معهد الطب.

توضيح (٥-٦)
معايير أداء ممارسة الصحة العامة المرتبطة بالوظائف الرئيسية، ١٩٩٥م

التقييم (Assessment):

١- بالنسبة للمنطقة التى تخدمها إدارة الصحة المحلية التى تعمل بها، هل يوجد هناك عملية تحديد احتياجات تصف على نحو منظم الحالة الصحية السائدة فى المجتمع؟

٢- خلال السنوات الثلاث الأخيرة فى المنطقة التى تعمل بها، هل قامت مؤسسة الصحة العامة المحلية بإجراء مسح سكانى عن العوامل السلوكية المنشأة للخطر؟

٣- بالنسبة للمنطقة التى تخدمها إدارة الصحة المحلية التى تعمل بها، هل يتم تقصى الأحداث الصحية السلبية والتى تشمل تفشى الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى والأخطار الصحية البيئية فى أوقات مناسبة وعلى نحو مستمر؟

٤- هل تتوافر لمؤسسة الصحة العامة المحلية الخدمات المعملية الضرورية لدعم عملية تقصى الأحداث الصحية السلبية وتلبية الاحتياجات التشخيصية الروتينية وأعمال المراقبة الصحية؟

٥- بالنسبة للمنطقة التى تخدمها إدارة الصحة المحلية التى تعمل بها، هل تم إجراء تحليل للمحددات والعوامل المساهمة فى الاحتياجات الصحية ذات الأولوية ولمدى كفاية الموارد الصحية المتاحة وأكثر الفئات السكانية تأثرًا؟

٦- خلال السنوات الثلاث الأخيرة فى المنطقة التى تعمل بها، هل قامت مؤسسة الصحة العامة المحلية بإجراء تحليل لمدى مشاركة المستفيدين حسب العمر فى الخدمات الوقائية والكشف المبكر عن المرض؟

تطوير السياسات (Policy Development):

٧- بالنسبة للمنطقة التى تخدمها إدارة الصحة المحلية التى تعمل بها، هل يوجد هناك شبكة دعم وعلاقات اتصال تشمل المنظمات ذات العلاقة بالصحة ووسائل الإعلام وعامة الناس؟

٨- خلال السنة الأخيرة فى المنطقة التى تعمل بها، هل كان هناك محاولة رسمية من قبل مؤسسة الصحة العامة المحلية لتثقيف الأشخاص الرسميين المنتخبين حول الآثار المحتملة للقرارات المزمع اتخاذها من قبلهم على الصحة العامة؟

٩- بالنسبة للمنطقة التى تخدمها إدارة الصحة المحلية التى تعمل بها، هل كان هناك تحديد لأولويات الاحتياجات الصحية التى تم التعرف عليها من خلال عملية تحديد الاحتياجات الخاصة بالمجتمع؟

١٠- خلال السنوات الثلاث الأخيرة فى المنطقة التى تعمل بها، هل قامت مؤسسة الصحة العامة المحلية بتطبيق مبادرات صحية فى المجتمع تنسجم مع الأولويات المحددة؟

تابع – توضيح (٥-٦)

١١- بالنسبة للمنطقة التى تخدمها إدارة الصحة المحلية التى تعمل بها، هل تم تطوير خطة عمل صحية بمشاركة أفراد المجتمع لتلبية الاحتياجات الصحية ذات الأولوية؟

١٢- خلال السنوات الثلاث الأخيرة فى المنطقة التى تعمل بها، هل قامت مؤسسة الصحة المحلية بتطوير خطط لتوزيع الموارد على نحو ينسجم مع خطة العمل الصحية الخاصة بالمجتمع؟

التأمين (Assurance):

١٣- بالنسبة للمنطقة التى تخدمها إدارة الصحة المحلية التى تعمل بها، هل تمت تعبئة الموارد الضرورية لتلبية الاحتياجات الصحية ذات الأولوية التى تم التعرف عليها من خلال عملية تحديد الاحتياجات الخاصة بالمجتمع؟

١٤- خلال السنوات الثلاث الأخيرة فى المنطقة التى تعمل بها، هل قامت مؤسسة الصحة العامة المحلية بإجراء تقييم ذاتى للمنظمة؟

١٥- بالنسبة للمنطقة التى تخدمها إدارة الصحة المحلية التى تعمل بها، هل تم تلبية أولويات الاحتياجات الصحية الخاصة بفئات عمرية معينة بفعالية من خلال تقديم أو ربط تلك الفئات بالخدمات المناسبة؟

١٦- خلال السنوات الثلاث الأخيرة فى المنطقة التى تعمل بها، هل كانت هناك حالات فشلت مؤسسة الصحة العامة المحلية فيها فى تطبيق برنامج أو خدمة مفروضة بموجب القانون؟

١٧- بالنسبة للمنطقة التى تخدمها إدارة الصحة المحلية التى تعمل بها، هل كان هناك تقييمات منتظمة لآثار خدمات الصحة العامة على الحالة الصحية للمجتمع؟

١٨- خلال السنوات الثلاث الأخيرة فى المنطقة التى تعمل بها، هل قامت مؤسسة الصحة العامة المحلية بتوظيف عملية متعارف عليها مهنيًا ومقاييس نتائج لمراقبة البرامج وإعادة توزيع الموارد كلما كان ذلك مناسبًا؟

١٩- بالنسبة للمنطقة التى تخدمها إدارة الصحة المحلية التى تعمل بها، هل يتم تزويد العامة على نحو منتظم بمعلومات عن الحالة الصحية السائدة واحتياجات الرعاية الصحية والسلوكيات الصحية الإيجابية والقضايا ذات العلاقة بسياسة الرعاية الصحية؟

٢٠- خلال السنة الأخيرة فى المنطقة التى تعمل بها، هل قامت مؤسسة الصحة العامة المحلية بتزويد وسائل الإعلام بتقارير على نحو منتظم؟

مواصفات الصحة العامة المبنية على الوظائف الرئيسية:

يمكن تعريف المواصفات (standards) ببساطة على أنها توقعات الأداء. ومواصفات الصحة العامة، عندما تستخدم قبل عام ١٩٩٠م، فإنها ترتبط بصفة رئيسية بجوانب الإمكانيات والمخرجات المتعلقة بممارسة الصحة العامة وليس بالعمليات الرئيسية اللازمة لتأدية وظائف الصحة العامة الرئيسية الموصوفة فى تقرير معهد الطب. وركزت مواصفات ممارسة الصحة العامة التى طورت بعد عام ١٩٩٠م على كل من العمليات الرئيسية والمخرجات وأثبتت جدواها فى تطبيقات عديدة تشمل التقييم الذاتى للمؤسسة لتطوير الإمكانيات ومعايير الأداء فى أنظمة الصحة العامة على المستوى المحلى/الولاية ومراقبة أداء الممارسة على مستوى الولاية والمستوى القومى. إلا أن هذه المواصفات لاتزال فى مرحلة التطوير.

وشهدت التسعينيات الميلادية قيام العديد من منظمات الصحة العامة بإجراء تقييمات ذاتية للمنظمة محددة جوانب القوة والضعف وموجهة تلك المعلومات نحو خطط تطوير الإمكانيات. وقد شكلت مجموعة تطلعات الأداء لممارسة الصحة العامة المحلية التى تضمنها بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة خطط عمل للعديد من مؤسسات الصحة العامة الباحثة عن تركيز وتعزيز أدوارها فى المجتمعات التى تقوم بخدمتها. وقد كان تبنى وتطبيق بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة أمرًا ملموسًا وإن كان على نطاق غير شامل. وقد وجد أن أداء ممارسة الصحة العامة أعلى فعليًا فى المناطق التى طبقت بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة على نطاق واسع منه فى المناطق التى طبقته على نحو أقل ديمومة. ولكن استخدام عدد قليل من أدوات التقييم الذاتى الأخرى على نطاق واسع من قبل المشتغلين بالصحة العامة وحتى بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة يفتقد إلى جزئية تتعلق بالتخطيط الإستراتيجى وتركيز على أنظمة الصحة العامة فى المجتمعات. وتستخدم الولايات أساليب متنوعة مبنية على إطار الوظائف الرئيسية وخدمات الصحة العامة الحيوية لوضع مواصفات لممارسة الصحة العامة من أجل تحسين الأداء. وتوضح الأمثلة التالية من ولايتى واشنطن (Washington) وإلينوى (Illinois) بعض من تلك الأساليب.

جدول (٥-٢)
نسبة سلطات الصحة المحلية التى تؤدى ٢٠ من معايير ممارسة الصحة العامة المحلية المرتبطة بالوظائف الرئيسية، ١٩٩٥ و١٩٩٨م

معايير الأداء المرتبطة بالوظائف الرئيسية	عينة من سلطات الصحة المحلية*، ١٩٩٥ المجموع = ٢٩٨	سلطات صحة محلية أكثر من ١٠٠,٠٠٠ نسمة، ١٩٩٨م* المجموع = ٣٥٦
١- عملية تحديد احتياجات المجتمع.	٥٣,٠	٧١,٥
٢- مسوحات العوامل السلوكية المنشئة للخطر.	٢٩,٢	٤٥,٨
٣- التقصى الموقوت عن الأحداث الصحية السلبية.	٩٣,٦	٩٨,٦
٤- خدمات المختبرات الضرورية المتوافرة.	٨٩,٣	٩٦,٣
٥- تحليل المحددات والموارد والفئات السكانية الأكثر تأثراً.	٤٥,٠	٦١,٣
٦- تحليل الخدمات الوقائية والكشف المبكر عن المرض.	٢٢,٨	٢٨,٤
٧- شبكة من العلاقات.	٨٢,٦	٧٨,٨
٨- تزويد المسئولين المنتخبين بالمعلومات.	٧٣,٢	٨٠,٩
٩- وضع أولويات للاحتياجات الصحية للسكان.	٥٢,٧	٦٦,١
١٠- تطبيق المبادرات الصحية للمجتمع.	٦٨,٨	٨١,٩
١١- وجود خطة عمل صحية للمجتمع.	٣٩,٦	٤١,٥
١٢- وجود خطط لتوزيع الموارد.	٣٦,٦	٢٦,٢
١٣- توفير الموارد لتلبية الاحتياجات.	٣٧,٣	٤٨,٦
١٤- التقييم الذاتي للمنظمة.	٥٠,٣	٥٦,٣
١٥- توفير أو ربط الخدمات وفقاً لأولوية الاحتياجات.	٦٤,١	٧٥,٦
١٦- تنفيذ جميع البرامج المقررة.	٨٢,٩	٩١,٤
١٧- تقييم فعالية الخدمات فى المجتمع.	٣٠,٥	٣٤,٧
١٨- مراقبة البرامج وإعادة توجيه الموارد.	٤٢,٣	٤٧,٣
١٩- توفير المعلومات للناس بصورة منتظمة.	٧٨,٨	٧٥,٤
٢٠- تزويد وسائل الإعلام بالتقارير.	٦٨,٥	٧٥,٢
المتوسط: معايير التقييم (١-٦).	٥٤,٩	٦٦,٧
المتوسط: معايير تطوير السياسات (٧-١٢).	٥٨,٢	٦٠,٢
المتوسط: معايير التأمين (١٣-٢٠).	٥٥,٤	٦٤,٤
المتوسط: جميع الأنشطة.	٥٦,١	٦٣,٨

المصدر:

* Data from B.J. Turnock, A.S. Handler, and C.A. Miller. Core Function-Related Local Public Health Performance, *Journal of Public Health Management and Practice,* Vol. 4, No. 5, pp. 26-32, © 1998, Aspen Publishers, Inc. and ** G.P. Mays, et al., Performing Essential Public Health Services in the Nation's Most Populous Communities: Who Contributes? (Submitted for publication).

جدول (٥-٣)

متوسط درجات الأداء لسلطات الصحة المحلية حسب حجم السكان*
ونوع منطقة الخدمة، ١٩٩٥م

تصنيف إدارة الصحة المحلية (حسب حجم السكان ونوع منطقة الخدمة)	متوسط درجة الأداء (٪)
مدينة ≤ ٥٠,٠٠٠ نسمة (المجموع = ١٢)	٤٧,٩
مدينة > ٥٠,٠٠٠ نسمة (المجموع = ١٠)	٧٧,٠
إقليم ≤ ٥٠,٠٠٠ نسمة (المجموع = ٨٠)	٥٦,٤
إقليم > ٥٠,٠٠٠ نسمة (المجموع = ٤٣)	٦٦,٩
المدينة الرئيسية فى إقليم ≤ ٥٠,٠٠٠ نسمة (المجموع = ٣٤)	٥٧,١
المدينة الرئيسية في إقليم > ٥٠,٠٠٠ نسمة (المجموع = ٢٤)	٥٩,٢
أقاليم متعددة ≤ ٥٠,٠٠٠ نسمة (المجموع = ٦)	٦٠,٨
أقاليم متعددة > ٥٠,٠٠٠ نسمة (المجموع = ٧)	٦٠,٧
جميع إدارات الصحة المحلية الأخرى (جميع الأحجام السكانية) (المجموع = ٢٦)	٣٦,٩
مناطق خدمة غير معروفة (المجموع = ٥٦)	٥٤,٨
المجموع المرجح للعينة (Weighted Sample Total)	٥٦,١

* مجموع العينة = ٢٨٩

المصدر أعيد طباعته من:
B.J. Turnock, A.S. Handler, and C.A. Miller. Core Function-Related Local Public Health Performance, *Journal of Public Health Management and Practice,* Vol. 4, No. 5, pp. 26-32, ©1998, Aspen Publishers, Inc.

تبنت الهيئة التشريعية فى ولاية واشنطن (Washington) فى عام ١٩٩٤م إطار خطة لتحسين الصحة العامة على مستوى الولاية ووجهت المشتغلين بالصحة العامة لتحديد الإمكانيات اللازمة للقيام بالوظائف الرئيسية والتكلفة الإجمالية المرتبطة بتلك الإمكانيات ومدى توافر تلك الإمكانيات والفجوة بين الإمكانيات الحالية والإمكانيات المطلوبة والتمويل اللازم لسد تلك الفجوة[٢٦]. وقد تم تحديد تصنيفات للإمكانيات اللازمة لتأدية وظائف الصحة العامة الأساسية كما تم تطوير مواصفات تلك الإمكانيات. وقد ظهرت لاحقًا بعض الملاحظات التى تشير إلى أن مواصفات الإمكانيات التى تم تطويرها غير موضوعية

وبعدم إمكانية تطبيقها بالتساوى على بعض سلطات الصحة المحلية التى تتمتع بخصائص مختلفة. مما دفع إلى تطوير مواصفات للعملية والمخرجات لمؤسسات الصحة العامة المحلية وتلك العاملة فى الولاية مستمدة من تقييم الصحة فى المجتمع ومن أربعة تصنيفات واسعة مرتبطة بالمخرجات تشمل (الوقاية من المرض والإصابة والحماية من الأخطار البيئية وتعزيز السلوكيات الصحية وضمان جودة الخدمات الصحية)[٢٧]. ويصف توضيح (٥-٧) مواصفات الأداء هذه والتى سوف تستخدم باعتبارها أساساً للتعاقدات بين الولاية وإدارات الصحة المحلية التابعة لها.

وقد كانت إدارات الصحة المحلية فى ولاية إلينوى (Illinois) موضوعاً لمواصفات أداء وضعت فى الولاية منذ السبعينيات الميلادية. وبعد سلسلة من أنشطة التخطيط الإستراتيجى التى بدأت فى عام ١٩٨٥م تقريباً، تمت مراجعة تلك المواصفات للعمل بموجبها ابتداء من عام ١٩٩٣م محدثة بذلك تغيير فى المواصفات المعتمدة من قبل الولاية فى إصدار التراخيص إلى مواصفات مبنية على العمليات (شاملة المخرجات) المرتبطة بوظائف الصحة العامة الرئيسية [٢٨، ٢٩] (توضيح ٥-٨). وتقضى شروط الترخيص المعدلة بأن تقوم إدارات الصحة المحلية بتطبيق صيغة معدلة من بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة تعرف بخطة إلينوى للتقييم المحلى للاحتياجات (Illinois Plan for Local Assessment of Needs (IPLAN)) وتشمل كلاً من التقييم الذاتى للمنظمة وعناصر متعلقة بالتخطيط لتحسين صحة المجتمع الخاصة ببروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة. وأحدث ذلك تغيراً مهماً فى أنماط أداء الممارسات المرتبطة بالوظائف الرئيسية مؤدياً إلى زيادة درجات الأداء إلى الضعف تقريباً خلال مدة سنتين من عام ١٩٩٢م إلى عام ١٩٩٤م[٣٠]. وتعتبر معايير الأداء المستخدمة فى إدارات الصحة فى ولاية إلينوى (Illinois) شبيهه بتلك الموصوفة فى توضيح (٥-٦). وينص قانون الولاية صراحة بأن تتولى مؤسسة الصحة العاملة فى الولاية وضع مواصفات للأداء لإدارات الصحة المحلية. وتنشر هذه المواصفات من خلال عملية وضع اللوائح الخاصة بالولاية فى حين تقوم مؤسسة الصحة فى الولاية بمراجعة مدى الالتزام بها كل خمس سنوات. وقد ربطت التقييمات الممتدة (longitudinal assessments) للأداء لتلك الممارسات للأعوام ١٩٩٢م و١٩٩٤م و١٩٩٩م ببعض عوامل الإمكانية المختارة وكذلك بالمخرجات المرتبطة بالأولويات الصحية فى المجتمع التى تم تحديدها فى المرحلة الأولى من تطبيق خطة إلينوى للتقييم المحلى للاحتياجات.

وقد وضعت مثل هذه التجارب الموجودة فى تلك الولايات بالإضافة إلى ولايات أخرى مثل ميسورى (Missouri) وأوريجن (Oregon) وفلوريدا (Florida) وميتشيجان (Michigan) وكارولينا الجنوبية (South Carolina) وغيرها حجر الأساس لتطوير برنامج وطنى لمواصفات الأداء فى الصحة العامة. ويعكس عدم الاتساق والانسجام العام بين الجهود المختلفة فى الولايات الحاجات والقيم والظروف المختلفة لشبكات الصحة العامة على المستوى المحلى/الولاية المستقلة نسبيًا عبر الولايات المتحدة. وقد دفع هذا الاختلاف فى النوع وفى التركيز لمواصفات الأداء جزئيًا مكتب برنامج ممارسة الصحة العامة التابع لمراكز السيطرة والوقاية من المرض (CDC's Public Health Practice Program Office) إلى دعم تطوير مواصفات وطنية للأداء فى الصحة العامة لكى تستخدم فى العديد من التطبيقات التكميلية. وتشمل هذه التطبيقات ما يلى:

١- التقييم الذاتى والتحسين المستمر لأنظمة الصحة العامة المحلية بوصف ذلك جزءًا من عملية بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة.
٢- مراقبة نظام الصحة العامة على المستوى القومى وعلى مراحل زمنية متصلة.
٣- اعتماد منظمات الصحة العامة.
٤- مواصفات أداء للاستخدام فى الأنظمة على المستوى المحلى/الولاية.

ويمثل البرنامج الوطنى لمواصفات الصحة العامة (National Public Health Standards Program) علاقة تعاون بين منظمات الصحة العامة القومية وتلك العاملة فى الولايات لتحسين نظام تقديم الصحة العامة، وذلك من خلال تطوير مواصفات أداء على المستوى المحلى/الولاية تركز على الإمكانية والعمليات والجمع والتحليل المنظم للبيانات الخاصة بالأداء والجهد القيادى الوطنى لتحسين أداء النظام على نطاق واسع. وقد قامت الرابطة الوطنية لمسئولى الصحة فى المدن والأقاليم بتنسيق عملية تطوير مواصفات لأنظمة الصحة العامة المحلية. كما قامت رابطة مسئولى الصحة فى الولايات والمقاطعات (Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO)) بدور قيادى فى تطوير مواصفات لمؤسسات الصحة التابعة للولايات. وكذلك قامت الرابطة الوطنية لمجالس الصحة المحلية (National Association of Local Boards of Health (NALBOH)) بتوجيه جهود تطوير المواصفات الحكومية لمجالس الصحة المحلية. ويقدم توضيح (٥-٩) أمثلة على معايير الأداء لممارسة الصحة العامة المحلية التى من الممكن أن تنتج عن هذه العملية. وتعد المجموعة الشاملة للأهداف الوطنية الصحية الخاصة بالبنية التحتية للصحة العامة[٣١] التى تضمنها برنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠م من الأمور المكملة لتلك المواصفات (انظر الفصل السادس). وتشمل الأهداف الرئيسية لهذه الجهود تحسين الجودة وتعزيز المسئولية ودعم الأساس العلمى لممارسة الصحة العامة.

توضيح (٥-٧)
المواصفات العامة المقترحة لولاية واشنطن (Washington State)، ١٩٩٩م

حماية الناس من المرض والإصابة:

١- توفير نظام رقابة وتقرير لتحديد التهديدات الصحية الطارئة.

٢- خطط استجابة تحدد الأدوار والمسئوليات فى حالة تفشى الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى وفى حالة الكوارث الطبيعية التى تهدد صحة المجتمع.

٣- تقصى الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى واتباع إجراءات للسيطرة وتوثيق الإجراءات التى تم اتخاذها.

٤- إيصال رسائل الصحة العامة العاجلة بسرعة وبوضوح.

٥- التقييم المنتظم للاستجابات للأمراض المنتقلة عن طريق العدوى والكوارث لخلق الفرص اللازمة لتحسين استجابة نظام الصحة العامة.

فهم القضايا الصحية:

١- ضمان توافر مهارات وأدوات تقييم الصحة العامة فى جميع المناطق التى تشرف عليها الصحة العامة.

٢- الجمع والتحليل والنشر المنتظم للمعلومات حول الحالة الصحية والتهديدات البيئية على الصحة.

٣- تقييم نتائج البرامج الصحية لتوثيق فعاليتها.

٤- توجيه خيارات السياسة الصحية عن طريق معلومات التقييم بمشاركة أفراد ممثلين للمجتمع.

٥- التعامل الحذر مع البيانات الصحية لضمان السرية وتوفير الأمن لنظم المعلومات الصحية

ضمان بيئة آمنة وصحية للناس:

١- التثقيف الصحى البيئى كعنصر مخطَّط له ضمن برامج صحة البيئة.

٢- توفير خدمات صحة البيئة فى جميع أنحاء الولاية وتنظيمها على نحو يستجيب لحالات الطوارئ.

٣- متابعة المخاطر والأمراض الصحية البيئية ورفع التقارير حولها.

٤- فرض الالتزام باللوائح المنظمة لصحة البيئة من خلال تطبيق الإجراءات القسرية.

الوقاية هى الأفضل: تعزيز أنماط المعيشة الصحية:

١- تكييف السياسات العامة بشكل يدعم خيارات العيش الصحى.

٢- الحث على مشاركة أفراد المجتمع فى معالجة أولويات الوقاية.

٣- توفير خدمات وقائية ذات جودة عالية لجميع الأفراد والعائلات والمجتمعات.

٤- القيام بأنشطة تعزيز الصحة على المستوى المحلى وعلى مستوى الولاية.

مساعدة الناس فى الحصول على الخدمات التى يحتاجون إليها:

١- توفير معلومات على المستوى المحلى وعلى مستوى الولاية تصف نظام الرعاية الصحية المحلى

تابع – توضيح (٥–٧):

والذى يشمل الموارد الضرورية لحماية الصحة العامة ومعلومات عن مقدمى الرعاية الصحية والمرافق والخدمات المساندة.

٢– جمع ومتابعة ونشر المعلومات المتعلقة بالاتجاهات السائدة والتى تؤثر بمرور الوقت فى القدرة فى الحصول على الخدمات الصحية الضرورية.

٣– وضع الخطط اللازمة لتقليل الفجوات فى الحصول على الخدمات الصحية الضرورية وتطبيقها وتلبيتها من خلال الجهود التعاونية.

٤– تطوير ومتابعة معايير الجودة والأداء أو النتائج لخدمات الرعاية الصحية الضرورية.

مثال:

حماية الناس من المرض والإصابة

مواصفة ٣

تقصى الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى واتباع إجراءات للسيطرة وتوثيق الإجراءات التى تم اتخاذها.

مؤشرات الصحة العامة المحلية:

١– البدء فى تقصى المرض خلال يوم عمل واحد.

٢– توفار البروتوكولات الخاصة بتقصى أمراض معينة للعاملين.

٣– إجراء موثق لتوفير اللقاحات اللازمة فى حالات الطوارئ.

مؤشرات الصحة العامة فى الولاية:

١– توفير الخدمات الإستشارية والوقت اللازم للعاملين لدعم الجهود المحلية فى إدارة تقصى المرض خلال فترات تفشى الأوبئة أو فى حالة الطوارئ فى الصحة العامة.

٢– إجراءات موثقة ومنشورة توضح كيفية الحصول على المساعدة من حكومة الولاية أو الحكومة الاتحادية.

٣– إعداد أدلة عن إجراءات التقصى والسيطرة على الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى وتزويد السلطات المحلية بها شاملة النماذج والسجلات.

المصدر أعيد طباعته من:

Proposed standards for Public Health in Washington State, Washington State Department of Health, 1999.

توضيح (٥-٨)

شروط الترخيص لإدارات الصحة العامة فى ولاية إلينوى (Illinois) قبل وبعد يوليو ١٩٩٣م

قبل يوليو ١٩٩٣م، حتى تمنح ترخيص كإدارة صحة محلية فى ولاية إلينوى (Illinois)	بعد يوليو ١٩٩٣م، حتى تمنح ترخيص كإدارة صحة محلية فى ولاية إلينوى (Illinois)
يجب على مؤسسة الصحة المحلية أن تطبق البرامج التالية: ١- صحة الغذاء. ٢- المياه الصالحة للشرب. ٣- رعاية الأمومة وتنظيم الأسرة. ٤- رعاية الطفولة. ٥- السيطرة على الأمراض المعدية. ٦- أنظمة الصرف الصحى الخاصة. ٧- الفضلات الصلبة. ٨- السيطرة على الأذى والضرر. ٩- الأمراض المزمنة. ١٠- الإدارة.	يجب على مؤسسة الصحة المحلية أن: ١- تقييم الاحتياجات الصحية فى المجتمع. ٢- تقصى الآثار والمخاطر الصحية. ٣- تأييد والحصول على دعم المجتمع. ٤- تطوير السياسات والخطط لتلبية الاحتياجات. ٥- إدارة الموارد. ٦- تنفيذ البرامج. ٧- تقييم وضمان الجودة. ٨- إعلام وتثقيف الناس.

توضيح (٥-٩)

مثال على معايير أداء الصحة العامة من مسودة أداة أنظمة الصحة العامة المحلية، ١٩٩٩م

الخدمة الحيوية ٢ :

تشخيص وتقصى المشاكل والأخطار الصحية فى المجتمع

المؤشرات:

١- تحديد ومراقبة التهديدات على الصحة.

٢- الجاهزية للطوارئ ووجود خطة استجابة.

٣- تقصى والاستجابة للطوارئ فى الصحة العامة.

٤- الخدمات المعملية المساندة لتقصى الأحداث الصحية السلبية وتشخيص المرض والإصابة.

مواصفة المؤشر رقم ٣ :

يجب أن يتوافر لنظام الصحة العامة المحلى:

- فريق من العاملين الصحيين وغيرهم من المهنيين القادرين على تحليل البيانات ذات العلاقة فى حالة ظهور حدث سلبى أو تهديد محتمل على الصحة العامة.

تابع - توضيح (٥-٩)

- إجراءات حديثة مؤسسة على المعرفة العلمية لإرشاد عملية التقصى الفورى لتفشى الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى والمخاطر الصحية البيئية والتهديدات المحتملة لنواقل المرض البيولوجية والكوارث ذات النطاق الواسع (large scale disasters).
- توافر فريق استجابة فى المجتمع يقوم بتحديث واتباع الإجراءات المكتوبة الخاصة بالاستجابة للطوارئ والذى يشمل تطبيق برنامج لمتابعة المصدر والأشخاص المتصلين به.

معايير للمؤشر والمواصفة رقم ٣ :

هل يقوم نظام الصحة العامة المحلى بالاحتفاظ بإجراءات مؤسسة على المعرفة العلمية لإرشاد عملية التقصى الفورى للتهديدات على الصحة العامة؟

و إذا كانت الإجابة نعم، هل تتناول تلك الإجراءات:

تفشى الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى؟

و إذا كانت الإجابة نعم، هل تم تقييم تلك الإجراءات وتحديثها خلال السنة الماضية؟

الأخطار الصحية البيئية؟

و إذا كانت الإجابة نعم، هل تم تقييم تلك الإجراءات وتحديثها خلال السنة الماضية؟

تهديدات نواقل المرض البيولوجية ؟

وإذا كانت الإجابة نعم، هل تم تقييم تلك الإجراءات وتحديثها خلال السنة الماضية؟

الكوارث ذات النطاق الواسع ؟

وإذا كانت الإجابة نعم، هل تم تقييم تلك الإجراءات وتحديثها خلال السنة الماضية؟

هل يقوم نظام الصحة العامة المحلى بالاحتفاظ بإجراءات مكتوبة خاصة بالاستجابة للطوارئ وشاملة على تطبيق برنامج لمتابعة المصدر والأشخاص المتصلين به؟

هل تم تقييم تلك الإجراءات وتحديثها خلال السنة الماضية؟

هل تم توظيف تلك الإجراءات أو تجربتها خلال السنة الماضية؟

مستخدماً معياراً من ٥ درجات (١= منخفض و٥= مرتفع)، قيّم الوضع الحالى لإجراءات نظام الصحة العامة المحلى الذى تتبع له والخاصة بتوجيه الاستجابة المناسبة للأحداث الصحية السلبية.

المصدر أعيد طباعته من:

Draft Local Public Health assessment Tool, October 1999, the Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Practice Program Office.

وقد تمت الإشارة إلى العديد من الآثار الإيجابية كفوائد محتملة لمبادرة وضع مواصفات أداء للصحة العامة على المستوى القومي. وتشتمل هذه الآثار على: تعزيز المسئولية والتوجيه الأفضل للموارد وتعزيز بناء الإمكانيات لأنظمة الصحة العامة على مستوى الأقاليم والولايات وعلى الصعيد القومي والتوظيف الواسع النطاق للممارسات المثلى والتركيز الأكبر على الغاية والأهداف[٣٢]. وبحسب الزاوية التى ينظر منها لتلك الآثار، فإنه يمكن اعتبار كل واحد منها على أنه تحسين للجودة على الرغم من أن تطبيقها يمثل تحديات لا يستهان بها.

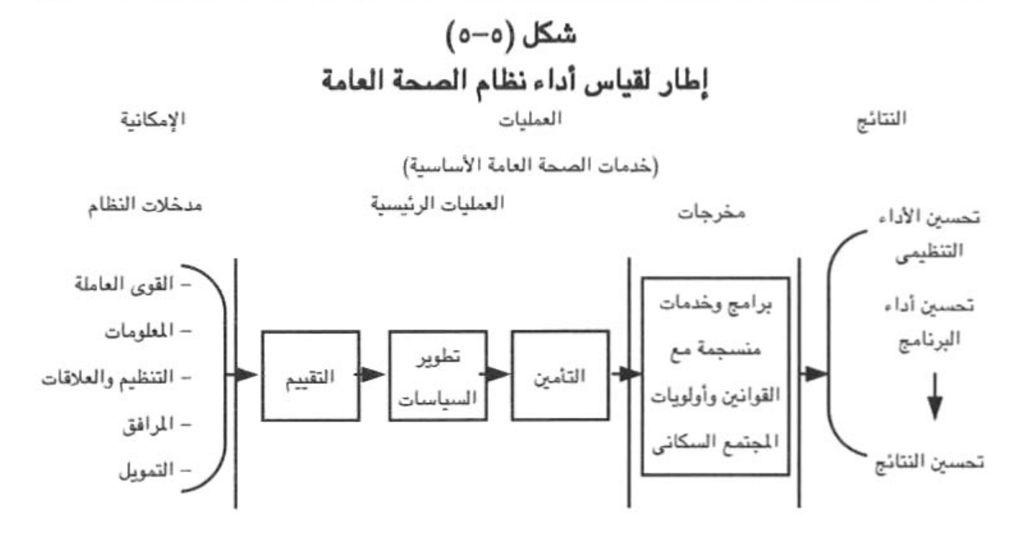
وتحظى فكرة وضع آلية اعتماد وطنية أو مبادرة لمنح التراخيص لإدارات الصحة المحلية ، سواء من قبل منظمات الصحة العامة أو من قبل الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO))، باهتمام كبير فى الوقت الحاضر. وفى ظل غياب مبادرة اتحادية لدعم وتمويل الوظائف الرئيسية وخدمات الصحة العامة الحيوية فى أنظمة الصحة العامة على المستوى المحلى/الولاية من خلال تقديم المنح الشاملة للولايات، ربما تبرز فكرة تأسيس برنامج اعتماد تطوعى وطنى لإدارات الصحة المحلية كأكثر الأساليب واقعية بغرض تشجيع التبنى الواسع النطاق لمواصفات الممارسة المرتبطة بالوظائف الرئيسية.

فرص جديدة لتحسين ممارسة الصحة العامة:

يعتبر قياس أداء وظائف الصحة العامة الرئيسية وخدمات الصحة العامة الحيوية أمراً ضرورياً، ولكنه ليس كافياً فى حد ذاته لفهم ممارسة الصحة العامة والتحكم بها وتحسينها. ويطور شكل (٥-٥) النموذج المبسط الذى سبق تقديمه فى الفصل الأول من الكتاب (شكل ١-٢)، موضحاً أسلوباً أكثر شمولية لوصف وقياس جوانب رئيسية لنظام الصحة العامة. ولأن النظام يتكون من مجموعة من العناصر ذات الاعتماد المتبادل والغاية المشتركة، فإن علاقات الاعتماد المتبادل هذه تعتبر جزءاً لا يتجزأ من النظام مثل العناصر المكونة للنظام فى حد ذاتها. ويتطلب الاهتمام بنتائج النظام الانتباه لتلك العلاقات المتبادلة التى تؤدى إلى إحداث تلك النتائج. وتتيح معايير أداء الوظيفة الرئيسية فهماً أكثر عمقاً للعلاقات بين الأبعاد الرئيسية لنظام الصحة العامة عند ربطها بمقاييس الإمكانية والمخرجات. ويعتبر هذا الفهم ضرورياً لتحسين ممارسة الصحة العامة.

شكل (٥-٥)

إطار لقياس أداء نظام الصحة العامة



يوجد عدد قليل من الدراسات التى ألقت الضوء على بعض من هذه العلاقات. فعلى سبيل المثال، تم فحص العلاقة بين الإمكانية وأداء العملية (شاملة المخرجات) فى دراستين. ربطت الدراسة الأولى بين معايير أداء الممارسة المستمدة من مسح وطنى أجرى فى عام ١٩٩٣م وبين معلومات مستمدة من الرابطة الوطنية لمسئولى الصحة فى المدن والأقاليم حول سمات ٢٦٤ إدارة صحة محلية. وشملت العوامل المتعلقة بالإمكانية المرتبطة بمستويات عليا من أداء الممارسة وجود رئيس للمؤسسة متفرغ تفرغًا كاملاً ونفقات سنوية أكبر ووجود عدد أكبر من مجموع العاملين الدائمين (full-time) والجزئيين (part-time) وميزانيات ممولة من مصادر متعددة وتوافر تأمين صحى خاص كبند مهم فى الميزانية ووجود نساء على رأس الجهاز[٣٣].

كما حددت الدراسة الثانية التى أجريت فى عام ١٩٩٨م عن إدارات الصحة المحلية العاملة فى أكثر المناطق المأهولة بالسكان عدد من عوامل الإمكانية المرتبطة بمستويات عليا من أداء الوظائف الرئيسية. وشملت هذه العوامل حجم السكان ووجود مجلس صحة محلى ووجود ترتيبات مشتركة مع مؤسسة الصحة العاملة على مستوى الولاية والمشاركة فى أنشطة الصحة العامة من قبل برامج الرعاية الصحية الإقتصادية والجامعات[٢٥]. وقد وثقت هذه الدراسة أيضاً المساهمة المهمة (ثلث مجموع الجهد المبذول) فى أداء الممارسة المقدمة من الأطراف الأخرى غير مؤسسة الصحة الحكومية فى تلك المناطق. ومن أكثر المساهمين أهمية فى أداء العمليات المؤسسات الأخرى التابعة للولاية والمستشفيات والهيئات الحكومية المحلية والمنظمات غير الربحية والأطباء والمجموعات الطبية والجامعات

والمراكز الصحية فى المجتمعات الممولة من قبل الحكومة الاتحادية وبرامج الرعاية الصحية الاقتصادية والمؤسسات الاتحادية.

ويمكن أيضًا فحص الارتباط بين العمليات الرئيسية والبرامج والخدمات (المخرجات) المقدمة من قبل إدارات الصحة المحلية. حيث ربطت إحدى الدراسات بين المستويات العليا من أداء العمليات الرئيسية مع توافر نسبة عالية من الخدمات المقدمة بصورة مباشرة بالإضافة إلى الخدمات المحددة التالية: الرعاية الوقائية الشخصية فى رعاية الأمومة والطفولة والوقاية الشخصية من الأمراض المزمنة والتثقيف الصحى والسيطرة على الإصابات وصحة الأسنان وخدمات إدارة الحالة واختبارات الكشف عن فيروس نقص المناعة المكتسب والإيدز (HIV/AIDS)[٢٣]. وفى دراسة أخرى وجد ارتباط فقط بين تقديم الخدمات الصحية السلوكية وبين المستويات العليا لأداء عمليات الصحة العامة الرئيسية[٢٥].

خاتمة:

يبدو العديد من الدروس واضحًا بعد ٨٥ عامًا من التجربة والخطأ. فقد كانت المحاولات المبكرة لوصف وقياس ممارسة الصحة العامة محدودة بسبب النظر للوظائف الرئيسية للصحة العامة من زاوية أضيق من تلك التى فصلها تقرير معهد الطب. حيث كان التركيز على ست خدمات معينة (عناصر وظيفة التأمين) أكثر من التركيز على عمليات الصحة العامة الأساسية مثل تقييم المجتمعات والحصول على التأييد المرتبطة بوظيفتى التقييم وتطوير السياسات. ويرجع السبب جزئيًا إلى عدم وجود إطار فكرى شامل يربط ممارسة الصحة العامة بمقاييس الإمكانية والعملية والمخرجات.

وقد حدد تقرير معهد الطب وظيفتى التقييم وتطوير السياسات لدعم النظرة الأزلية لدور الصحة العامة على أساس كونه يقتصر على التأمين. ويقدم إطار خدمات الصحة العامة الحيوية تعريفات إجرائية لتلك المفاهيم ويؤسس مواصفات جديدة لممارسة الصحة العامة. وفى الوقت الحاضر، تتوافر إستراتيجيات وأدوات إضافية لتعزيز مواصفات الممارسة تلك ولقياس أدائها فى أنظمة الصحة العامة. وعلى الرغم من هذه التطورات فإنه يوجد براهين قليلة تدل على حدوث تحسن مهم فى الأداء المرتبط بالوظائف الرئيسية منذ ظهور تقرير معهد الطب وعلى إحراز تقدم نحو فحص شامل للروابط بين الإمكانيات والعمليات والمخرجات وعلاقتها بتواجد حكومى فعال فى مجال الصحة العامة. ومن أكثر الدروس وضوحًا بعد أكثر من ثمانية عقود من الجهود المتواصلة هو أن عملية قياس جوانب محددة من ممارسة الصحة العامة ووظائفها الرئيسية كانت دائمًا أسهل من إيجاد إجماع حول ما تخبرنا به تلك المقاييس عن أداء الصحة العامة.

أسئلة وتمارين للمناقشة

١- ما الوظائف الرئيسية الثلاث للصحة العامة وكيف يتم تفعيل تلك الوظائف من قبل منظمات الصحة العامة؟

٢- اشرح العلاقة بين المدخلات والعمليات والمخرجات الواردة فى شكل (٥-٥)؟

٣- ما الخصائص المتشابهة بين كل من التعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون والأسلوب المخطط لصحة المجتمع والمواصفات النموذجية ؟ ما الخصائص المختلفة؟

٤- حدد ما إذا كانت إدارة الصحة المحلية التى تتبع لها قد أكملت تطبيق بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة أو التعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون. إذا كانت قد استكملت تطبيقاتها، ما النتائج؟ وإذا كانت لم تستكمل، فما الأسباب؟ ما الأساليب والأدوات الأخرى المستخدمة؟

٥- احصل على الخطة الصحية الخاصة بالمجتمع (أو ملخص لها) للمدينة أو الإقليم الذى تعيش فيه ثم راجع العملية التى نفذت لتطويره للتأكد من انسجامها مع الخطوات الإحدى عشرة الخاصة بالمواصفات النموذجية ومع إطار خدمات الصحة العامة الحيوية. ما أوجه الاختلاف بين العملية والخطة الناتجة عنها وبين هذه الأطر؟

٦- راجع تنظيم المسئوليات الصحية فى إحدى الولايات التى تختارها ثم صف الكيفية التى تفوض وتؤدى بها الوظائف الرئيسية الثلاث للصحة العامة بين المكاتب والمؤسسات المختلفة التابعة لحكومة الولاية غير إدارة الصحة التابعة للولاية. عادة ما يكتب عنوان موقع ولاية ما على الإنترنت بالشكل التالى <http://www.stateinitials.us>. فعلى سبيل المثال فإن موقع ولاية إلينوى (Illinois) هو <http://www.state.il.us>.

٧- ما الدور الذى تقوم به أدوات مثل الأسلوب المخطط لصحة المجتمع وبروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة والتعبئة للعمل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون فى مجال تأدية وظائف الصحة العامة الرئيسية على المستوى المحلى؟

٨- افرض أنك المدير لإحدى إدارات الصحة المحلية النموذجية العاملة على مستوى الإقليم فى إحدى ولايات الوسط الغربى للولايات المتحدة. وطلب منك رئيس المجلس الصحى المنتخب حديثًا فى الإقليم بأن تتقدم بمبادرات جديدة ذات علاقة بالشئون الصحية فى الإقليم والتى من شأنها أن تحسن الصحة للمقيمين فى الإقليم. كيف ستقوم بهذه المهمة؟

٩- راجع التقدم الذى تم إحرازه فى القرن الماضى المرتبط بخفض الآثار السلبية لأمراض أوعية القلب ("إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين، ١٩٠٠-١٩٩٩م وفيات أمراض أوعية القلب") وأهداف العام ٢٠١٠ ذات العلاقة والمؤشرات الرئيسية (شكل (٣-٥)). ما مدى وجود جماعات تأييد لتلك القضايا؟ لماذا يعتبر مهماً لصحة الناس بأن يستفاد من مجموعات التأييد الخاصة بتلك القضايا أو يعمل على تقويتها؟

١٠- ما الحجج التى يمكن طرحها لتأييد وجود مواصفات وطنية لمنظمات وأنظمة الصحة العامة؟ ما الحجج التى يمكن طرحها لتبرير عدم الحاجة لوجود مثل تلك المواصفات؟

المراجع:

١- Institute of Medicine (IOM), Committee on the Future of Health. *The Future of Public Health.* Washington, DC: National Academy Press; 1988.

٢- Turnock BJ, Handler AS. From measuring to improving public health practice> *Annu Rev Public Health.* 1997; 18:261-282.

٣- Vaughan HF. Local health services in the United States: The story of CAP. *Am J Public Health.* 1972; 62:95-108.

٤- American of Public Health Association, Committee on Administrative Practice. Appraisal form for city health work. *Am J Public Health.* 1926; 16(Suppl.): 1-65.

٥- Emerson H, Luginbuhl M. *Local Health Units for the Nation.* New York: Commonwealth Fund; 1945.

٦- Shonick W. Government and Health Services: *Government's Role in the Development of U.S.* Health Services. 1930-1980. New York: Oxford University Press; 1995.

٧- Hanlon JJ. Is there a future for local health departments? *Health Serv Rep.* 1973; 88: 898-901.

٨- American of Public Health Association. *Healthy Communities 2000: Model Standards.* Washington, DC: American of Public Health Association; 1991.

٩- Scutchfield FD, Hiltabiddle SE, Rawding N, Violante T. Compliance with the recommendations of the IOM report, the future of public health: A survey of local health departments. *J Public Health Policy.* 1997; 18: 155-166.

١٠- Harrel JA, Baker EL. The essential services of public health. *Leadership in Public Health.* 1994; 3(3): 27-31.

١١- Public Health Functions Steering Committee. Public Health in America. Washington, DC: U.S. *Public Health Service* (PHS); 1994.

١٢- Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in public health, United States, 1900-1999: Decline in deaths from heart disease and stroke. *Morb Mortal Wkly Rep.* 1999; 48(30): 649-656.

١٣- National Association of County and City Health Officials (NACCHO). *Assessment Protocal for Excellence in Public Health.* Washington, DC: NACCHO; 1991.

١٤- NACCHO. *Mobilizing for Action through Planning and Partnerships.* Washington, DC: NACCHO; 2000.

١٥- IOM. *Healthy Communities: New Partnerships for the Future of Public Health.* Washington, DC: National Academy Press; 1996.

١٦- IOM. *Healthy Communities: A Role for Performance Monitoring.* Washington, DC: National Academy Press; 1997.

١٧- NACCHO. *1990 National Profile of Local Health Departments.* Washington, DC: NACCHO; 1992.

١٨- NACCHO. *1992-1993 National Profile of Local Health Departments.* Washington, DC: NACCHO; 1995.

١٩- Miller CA, Moore KS, Richards TB, Monk JD. A proposed method for assessing the performance of local public health functions and practices. *Am J Public Health.* 1994; 84: 1743-1749.

٢٠- Richards TB, Rogers JJ, Christenson GM, Miller CA, Gatewood DD, Taylor MS. Assessing public health practice: Application of ten core function measures of community health in six states. *Am J Prev Med.* 1995; 11(Suppl. 6): 36-40.

٢١- Richards TB, Rogers JJ, Christenson GM, Miller CA, Taylor MS, Cooper AD. Evaluating local public health performance at a community level on a statewide basis. *J Public Health Manage Pract.* 1994; 1(4): 70-83.

٢٢- Turnock BJ, Handler AS, Hall W, Potsic S, Nalluri R, Vaughn EH. Local health department effectiveness in addressing the core functions of public health. *Public Health Rep.* 1994; 109: 653-658.

٢٣- Rohrer JE, Dominguez D, Weaver M, Atchison CG, Merchant JA. Assessing public health performance in Iowa's counties. *J Public Health Manage Pract.* 1997; 3(3): 10-15.

٢٤- Turnock BJ, Handler AS, Miller CA. Core function-related public health performance. *J Public Health Manage Pract.* 1998; 4(5): 26-32.

٢٥- Mays GP, Miller CA, Halverson PK, Baker EL, Stevens R, Vann JJ. Performing essential public health services in nation's most populous communities: who contributes? **Am J Public Health.** 2000. (accepted for publication).

٢٦- Washington State Department of Health. *Public Health Improvement Plan:* A Blueprint for Action. Olympia, WA: Washington State Department of Health; 1996.

٢٧- Washington State Department of Health. *Proposed Standards for Public Health in Washington State.* Olympia, WA: Washington State Department of Health; 1999.

٢٨- Illinois Roadmap Implementation Task Force. Improving the Public Health System: *The Road to Better Health for All of Illinois*. Springfield, IL: Illinois Department of Public Health; 1990.

٢٩- Illinois Local Health Liaison Committee. Project Health: *The Re-engineering of Public Health in Illinois*. Springfield, IL: Illinois Department of Public Health; 1994.

٣٠- Turnock BJ, Handler AS, Hall W, Lenihan DP, Vaughn EH. Capacity-building influences on Illinois local health departments. *J Public Health Manage Pract*. 1995; 1(3): 50-58.

٣١- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health-Chapter 23 Public Health Infrastructure*. Washington, DC: DHHS-PHS; 2000.

٣٢- Halverson PK, Nicola RM, Baker EL. Performance measurement and accreditation of public health organizations: A call to action. *J Public Health Manage Pract*. 1998; 4(4): 5-7.

٣٣- Handler As, Turnock BJ. Local health department effectiveness in addressing the core functions of public health: Essential ingredients. *J Public Health Policy*. 1996;17: 460-483.

الفصل السادس

البنية التحتية للصحة العامة

بعد إنهاء عازفة الكمان تقديم حفلتها الموسيقية ومحاولتها الخروج من قاعة الأوركسترا من المخرج المخصص للخدمات، تجمهر بعض المعجبين حولها. وقام أحد الشبان المغامرين تحديداً بشق طريقه نحو مقدمة الحشد وجذب يد العازفة مصافحاً بحماس شديد. وقال "أيها الأستاذة الموسيقية، لقد عزفت الليلة تلك الألحان بتألق". وأجابت عازفة الكمان المندهشة بعض الشيء بتلك الظروف، " يافتى! إنَّ أيَّ شخص يستطيع أن يعزف الجمل الموسيقية بشكل صحيح. إنها المقاطع بين الجمل الموسيقية التى تمثل التحدى الحقيقى".

وعلى نحو شبيه بأستاذ الموسيقى، تستمد الصحة العامة فعاليتها من كل من سماتها المميزة والكيفية التى تمزج بها تلك السمات. وسوف يناقش هذا الفصل من الكتاب المقومات الأساسية للصحة العامة التى يتم دمجها لكى تقوم بأداء عملها. وتركز هذه الخلفية الأساسية للصحة العامة على البنية التحتية (infrastructure) وهو مفهوم آخر قابل للفهم بسهولة خارج حقل الصحة العامة. وعندما نفكر فى البنية التحتية فإن ما يتبادر إلى أذهاننا هى الطرق والجسور وشبكة المجارى وخطوط الكهرباء وشبكة المياه. وليس من السهولة أن نرى أوجه التشابه بين هذه الهياكل الواقعية المدركة بالعين المجردة فى مجتمعاتنا وبين نظيراتها فى الصحة العامة، على الرغم من أنه يعتبر مفيداً أن نتصور البنية التحتية للصحة العامة على أنها جسر يجب أن تعبره الشاحنات التى تقوم بنقل خدمات الصحة العامة. وتلبى الاحتياجات والتطلعات عن طريق استخدام شاحنات أكبر لنقل خدمات صحة عامة أكثر وأفضل كما هو موضح فى شكل (٦-١). ولكن يوجد لهذا الأسلوب بعض الحدود فيما يتعلق بقدرة البنية التحتية على التكيف مع تلك الشاحنات بنفس القدر الذى تحد به حالة الطرق والجسور والأنفاق الوطنية من فعالية نظام المواصلات الوطنى. وتعتبر العناية بالبنية التحتية أمراً ضرورياً بالنسبة لخدمات الصحة العامة حتى يتم تقديمها بفعالية[1]. ولكن هناك وجهات نظر مختلفة حول المعنى الحقيقى لمفهوم البنية التحتية للصحة العامة.

ويمكن وصف البنية التحتية من منظور كل من الخصائص الثابتة والديناميكية. ومن منظور الخصائص الثابتة كما فى حالة الجسر الموصوف سابقًا، تمثل البنية التحتية للصحة العامة القاعدة الأساسية لأنشطتها. وتتكون هذه القاعدة من قوالب البناء وغيرها من المواد. أما من المنظور الأكثر ديناميكية، تمثل البنية التحتية القدرة أو إمكانية تلك القاعدة على القيام بوظائفها الرئيسية. ويوفر كلا المنظورين - ماهية البنية التحية وما

تقوم به البنية التحية – رؤية مفيدة نحو نظام الصحة العامة ويبنى على مفهوم التواجد الحكومى فى الصحة الموصوف فى الفصل الخامس. والأكثر أهمية هو أن كلا المنظورين أيضًا يصوران البنية التحتية اللازمة للقيام بوظائف الصحة العامة الأساسية وخدماتها الحيوية.

شكل (٦-١)

البنية التحتية للصحة العامة



المصدر أعيد طباعته من:

Public Health Program Office, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

وتلعب البنية التحتية للصحة العامة دور مركز العصب لنظام الصحة العامة ممثلة القدرة الضرورية للقيام بوظائف الصحة العامة الأساسية. ولكن يمكن النظر للبنية التحتية للصحة العامة أيضًا على أنها مركب يمكن تقسيمه للكشف عن المقومات أو المواد الأولية لنظام الصحة العامة. وما يجعل البنية التحتية أو المقومات صعبة الوصف على نحو كامل هو أن الصحة العامة فى حد ذاتها غير مجزأة فى مجتمعنا المعقد. وبالرغم من

ذلك سوف يقدم هذا الفصل وصفًا شاملاً للبنية التحتية للصحة العامة كما هى موجودة عند مطلع القرن الجديد. ومن الأسئلة الرئيسية التى يناقشها هذا الفصل ما يلى:

- ما العناصر الضرورية للبنية التحتية للصحة العامة؟
- ما الحالة الراهنة لتلك العناصر؟
- كيف يمكن تعزيز البنية التحتية للصحة العامة؟

البنية التحتية، المكونات والمدخلات:

ببساطة، تتكون البنية التحتية للصحة العامة من الموارد والعلاقات اللازمة للقيام بالوظائف الرئيسية وخدمات الصحة العامة الحيوية. وتسهم فى قدرة النظام العديد من الموارد القابلة للإدراك نسبيًا: بشرية ومعلوماتية ومالية وتنظيمية شاملة على جوانب العلاقات التنظيمية (مثل القوانين والقيادة وعلاقات التعاون) والتى تحدد الكيفية التى ترتبط بها قوالب البناء مع بعضها البعض - على نحو شبيه بالمقاطع بين الجمل الموسيقية فى إجابة أستاذة الموسيقى.

وليس من السهولة فصل عناصر البنية التحتية للصحة العامة إلى تصنيفات مختلفة. فعلى سبيل المثال، يتطلب رسم خطوط بين معارف ومهارات القوى العاملة وموارد المعلومات واستخداماتها وجود تفريق اعتباطى بين ما يعمله الناس وبين ما هم قادرون على عمله بعد حصولهم على المعلومات المتوافرة لهم. ومن الفروقات الأخرى التى تفتقر إلى الحدود الواضحة هى بين العلاقات التنظيمية فى المجتمع وبين المهارات القيادية الفردية. ويمكن اعتبار الموارد المالية على أنها موارد للنظام أو وسائل لقياس الموارد الأخرى بمدلولات اقتصادية. وعلى الرغم من ذلك، يظل الوصف العام لعناصر البنية التحتية للصحة العامة مفيداً مع إدراك أن تلك العناصر يمكن أن تجمع أو تفصل بعدة طرق مختلفة.

وتشمل الموارد البشرية القوى العاملة للصحة العامة والمعارف والمهارات والقدرات التى تمتلكها تلك القوى العاملة. وتشتمل الموارد التنظيمية على العلاقات بين المشاركين المختلفين فى النظام - فى القطاع العام أو الخاص - والآليات التى تدير ممارسات النظام، شاملة الجوانب القانونية والعناصر القيادية والإستراتيجيات التعاونية. وتشمل الموارد المعلوماتية أنظمة البيانات والمعلومات والاتصال المختلفة. وتمثل الموارد المالية مستويات ومصادر التمويل لأعمال الصحة العامة. ويسهم كل عنصر من هذه العناصر

فى قدرة النظام على الأداء وسوف يفحص كل عنصر منها على حدة. وتعتبر الموارد المادية مثل التجهيزات والمرافق المادية ضرورية أيضًا للقيام بعمل الصحة العامة. ولكن لن يتم التعرض لها هنا.

الموارد البشرية فى الصحة العامة:

تمثل الموارد البشرية التى تقوم بأداء وظائف الصحة العامة الرئيسية وخدمات الصحة العامة الحيوية القوى العاملة للصحة العامة. ويربط هذا التعريف المشتغلين بالصحة العامة بممارسة الصحة العامة. ومع الأسف فإن هذا الأسلوب لا يتخطى بالكامل مشكلة تحديد من يعتبر ومن لا يعتبر مشتغلاً بالصحة العامة. فلم يوجد على الإطلاق أى درجة أكاديمية محددة أو مجموعة فريدة من الخبرات تميز المشتغل بالصحة العامة عن غيره من المشتغلين في المهن أو الحقول الأخرى. ويتوافر للعديد من المشتغلين، إن لم يكن لجميعهم، بالصحة العامة تخصص رئيسى بالإضافة إلى ارتباطهم بالصحة العامة. ويسهم الأطباء والمرضون والممرضات وأطباء الأسنان والأخصائيون الاجتماعيون وأخصائيو التغذية والقائمون بالتثقيف الصحى وأخصائيو علم الإنسان والأخصائيون النفسيون والمهندسون المعماريون والمختصون فى الإصحاح البيئى والاقتصاديون والمختصون فى علم السياسة والمهندسون والمختصون فى علم الأوبئة والمختصون فى الإحصاء الحيوى والمديرون والمحامون وعشرات آخرون فى المهن والتخصصات الأخرى فى حقل الصحة العامة. وتؤدى هذه القوى العاملة المتعددة التخصصات، والتى دائمًا ما تكون منقسمة الولاء لعدد من المهن، إلى عدم وضوح تميز الصحة العامة كمهنة. ولكن فى نفس الوقت يسهل هذا التعدد فى وجود أساليب متنوعة التخصصات لتحديد وحل المشكلات فى المجتمعات.

ومن الأمور غير المؤكدة أيضًا هو حجم تلك القوة العاملة على الرغم من أنها تعتبر صغيرة بالمقارنة بالتقديرات التى تشير إلى وجود ١١-١٢ مليون عامل فى جميع النظام الصحى حتى عام ١٩٩٦م. وقد زاد العدد الكلى للقوى العاملة الصحية بأكثر من الضعف منذ عام ١٩٧٥م واستمر فى الزيادة بأكثر من ٢٥٪ منذ عام ١٩٩٠م[٢]. وتقدر إدارة الموارد والخدمات الصحية (Health Resources and Services Administration (HRSA)) بأنه يمكن تصنيف حوالى ٦,٧ مليون من العاملين الصحيين على أنهم مهنيون صحيون[٣]. ويشكل المرضون والممرضات والمهن الصحية المساعدة أكثر من ٧٥٪ من هؤلاء المهنيين.

وتقدر إدارة الموارد والخدمات الصحية حجم القوى العاملة المشتغلة بالصحة العامة بحوالى ٥٠٠,٠٠٠ مهنى، وهذا العدد لم يتغير نسبيًا عن التقديرات الصادرة قبل عام ١٩٩٠م[٤]. وتعانى تقديرات القوى العاملة فى الصحة العامة عديداً من نواحى القصور منها: عدم وضوح تعريف المتهن بالصحة العامة وصعوبة تحديد تعداد المشتغلين بالصحة العامة غير المنتسبين لمنظمات الصحة العامة الحكومية كما أن المشتغلين بالصحة العامة المنتسبين للمهن الأخرى مثل المرضين والمرضات الصحيين أو أطباء الصحة العامة قد يحصون تحت مهنة أو أخرى أو حتى فى المهنتين معًا. ونظراً لنواحى القصور تلك، يمكن القول بأن التقدير المنطقى لحجم القوى العاملة فى الصحة العامة يمثل حوالى ٤٪ من جميع العاملين الصحيين وحوالى ٧٪ من القوى العاملة الصحية المهنية.

فى أواخر الثمانينيات الميلادية ووفقًا لتقديرات صادرة عن إدارة الموارد والخدمات الصحية كانت القوى العاملة فى الصحة العامة منقسمة بالتساوى نوعًا ما بين المستويات الحكومية الثلاثة. حيث يعمل أكثر من الثلث بقليل فى المؤسسات الاتحادية ويعمل أقل من الثلث بقليل فى المؤسسات العاملة على مستوى الولايات فى حين يعمل الثلث المتبقى فى مؤسسات الصحة العامة المحلية وغيرها من المنظمات المحلية الأخرى، موزعين بين المنظمات الخاصة والتطوعية والأكاديمية[٤]. ومنذ ذلك الوقت، يرجح أن تكون النسبة العاملة فى المؤسسات غير الحكومية قد زادت فى حين انخفضت النسبة فى المؤسسات الحكومية. ويعتبر العاملون فى الصحة العامة الحكومية بمنزلة القوة العاملة الرئيسية فى الصحة العامة ويشكل عدد وتوزيع وتدريب وكفاءة تلك القوى إحدى القضايا التى تشغل اهتمام العامة. وقد استمرت بعض تلك القضايا منذ أواخر القرن الثامن عشر كما تقترحه المقالة الافتتاحية المنشورة فى الدورية العلمية للاتحاد الطبى الأمريكى (Journal of the American Medical Association) فى عام ١٨٩٣م[٥] (توضيح ٦-١).

ويعتبر التدريب الرسمى فى الصحة العامة بمنزلة الاستثناء وليس القاعدة فى القوى العاملة بالصحة العامة. حيث حصل ٤٤٪ فقط من ٥٠٠,٠٠٠ فرد فى القوى العاملة فى الصحة العامة فى عام ١٩٨٩م على تدريب رسمى فى مجال الصحة العامة[٤]. وقد شكل الممارسون فى صحة البيئة وممرضو وممرضات الصحة العامة ما نسبته ٦٠٪ تقريباً من الحاصلين على تدريب فى مجال الصحة العامة، فى حين شكل الإداريون والعاملون فى التثقيف الصحى نسبة ٣٠٪. ومن بين أولئك الذين تلقوا تدريباً رسمياً فى الصحة العامة، يمثل العاملون الصحيون الحاصلون على درجات علمية عالية من كليات الصحة العامة أو

من غيرها من برامج الدراسات العليا فى الصحة العامة نسبة ضئيلة فقط. ويعتبر هذا القصور النسبى فى التدريب الرسمى فى الصحة العامة أمراً شائعًا بين جميع القوى العاملة فى الصحة العامة. وعلى سبيل المثال، بلغ عدد القوى العاملة فى صحة البيئة حوالى ٢٣٥,٠٠٠ مهنيًا من مجموع القوى العاملة البالغة حوالى ٧١٥,٠٠٠ فى أواخر الثمانينيات الميلادية، وبلغ عدد الذين تلقوا منهم تعليماً رسمياً فى علوم صحة البيئة حوالى ٨٠,٠٠٠ فقط. وأكثر من ذلك، كان عدد الرؤساء التنفيذيين لإدارات الصحة المحلية فى عام ١٩٩٧م الحاصلين على درجات عليا فى الصحة العامة ٢٢٪ فقط[٦]. ولا يعتبر هذا مستغرباً بالنظر إلى عدد الخريجين من حملة درجة الماجستير من كليات الصحة العامة أو من غيرها من برامج الدراسات العليا فى الصحة العامة. فعلى سبيل المثال، كان مجموع عدد الملتحقين فى كليات الصحة العامة المعتمدة والبالغ عددها ٢٩ كلية فى أواخر التسعينيات الميلادية حوالى ١٥,٠٠٠ طالب وتخرج تلك الكليات حوالى ٥,٠٠٠ فقط من حملة الماجستير سنوياً.

وتوفر المسوحات عن الموظفين فى مؤسسات الصحة فى الولايات نظرة أخرى خاطفة على القوى العاملة فى الصحة العامة[٧]. وتوضح أحدث البيانات المتوافرة عدد الوظائف التى تستغرق كامل ساعات الدوام المعتادة (full-time equivalent positions) فى مؤسسات الصحة فى الولايات والبالغ عددها ١٣٠,٠٠٠ وظيفة حتى عام ١٩٨٩م. وباستثناء المستخدمين غير المهنيين ومقدمى الرعاية المهنيين العاملين فى المؤسسات الاجتماعية المدارة من قبل الولاية، بلغ عدد العاملين فى المؤسسات الصحية فى الولايات ٦٣,٠٠٠ موظف مهنى وتقنى وإدارى. ومن بين هؤلاء بلغت نسبة المرضين والممرضات المرخصين (registered nurse) والمشتغلين بصحة البيئة حوالى ٤٠٪ تقريبًا. ويشكل الإداريون والعاملون فى المختبرات ٧٪ لكل فئة. فى حين يمثل كل من المخططين وأطباء الصحة العامة وأخصائيى التغذية والأخصائيين الاجتماعيين والعاملين فى التثقيف الصحى وأطباء الأسنان ٤٪ أو أقل لكل فئة من مجموع القوى العاملة المهنية فى مؤسسات الصحة فى الولايات. وقد ارتفع عدد المرضين والممرضات والعاملين فى مجال إصحاح البيئة بشكل ملحوظ فى العقود الأخيرة من القرن العشرين على الرغم من أن أكثر النسب ارتفاعًا كانت بين أخصائيى التغذية والعاملين فى التثقيف الصحى والمخططين مما يشير إلى زيادة فى التنوع المهنى فى القوى العاملة فى الصحة العامة.

توضيح (٦-١)
الحاجة إلى تدريب وتعليم المسئولين الصحيين

لم يسبق فى أى وقت مضى من تاريخ هذه البلاد أن كانت الحاجة إلى موظفين صحيين مدربين ومؤهلين وفعالين كما هى عليه فى الوقت الحاضر. حيث يعين الموظف الصحى بدون توافر أى تدريب أو تأهيل خاص ... كما أن تثبيته فى منصبه يتم بلا مبالاة لدرجة أن القلة القليلة منهم فقط يشعرون بأهمية تأهيل أنفسهم للقيام بواجباتهم الوظيفية ... ولا يوجد أحد مؤهل لمثل هذا التعيين فى بريطانيا العظمى بدون تدريب خاص والتأكد من تأهيله من خلال الاختبار. وعندئذ يصبح منصبه مضموناً ولا يصبح عرضة للإقالة نتيجة لتغير الإدارة. ويجب أن يصبح بديهياً بأن لا يتم تعيين أى موظف صحى أو مفوضين صحيين أو موظف تنفيذى فى مجلس صحة أو فى مكان آخر إلا بعد اجتيازه لامتحان شامل أو حصوله على التدريب فى قدرة ثانوية وحتى يثبت جداره ورغبة فى العمل الذى سوف يقوم به. ومما يؤسف له فى هذه البلاد أن أى تغيير فى الإدارة يؤدى بالضرورة إلى تغيير الموظفين الصحيين .... ويحدث هذا دائماً فى مناصب ذات مسئوليات عالية بحيث يكون الشخص المعين غير مؤهل إطلاقاً ويعتمد على المرؤوسين فى إدارته للحصول على المعلومات والنصيحة ثم يصبح، باختصار، مجبراً على تعلم المهام الموكلة إليه على حساب أرواح وأموال العامة ...

وفى جميع البلدان المتحضرة، باستثناء الولايات المتحدة، يوجد بعض المؤهلات الخاصة لشاغل هذا المنصب تتناسب أهمية توافرها مع الأهمية التى تتطلبها حماية المجتمع من الأمراض التى يمكن الوقاية منها ومع الذعر غير الضرورى للآثار المترتبة عليها ومن الخسائر الاقتصادية الناجمة عنها ... ومن المؤسف له أنه فى ظل غياب الأوبئة أو الطاعون، تولى أهمية قليلة لحماية صحة العامة، وكنتيجة حتمية، لاختيار أولئك الذين تستوجب عليهم مهامهم حماية الصحة العامة. ولذا فإنه يجب إصدار قوانين فى جميع الولايات تحدد المؤهلات الضرورية لصلاحية التعيين للموظفين الصحيين. وهذا التوجه فى تعديل نظام الخدمة المدنية هو ما نحتاج إليه بشكل كبير.

المصدر أعيد طباعته بإذن من:

Editorial, The Necessity for Trained and Educated Health Officials, *Journal of the American Medical Association,* Vol. 20, p. 189, (1893, American Medical Association.

وتعتبر المعلومات عن العاملين فى الصحة العامة على المستوى المحلى وعلى مستوى المجتمعات نادرة أيضًا. حيث توفر المعلومات الدورية عن إدارات الصحة المحلية المستكملة من قبل الرابطة الوطنية لمسئولى الصحة فى الأقاليم والمدن مجرد معلومات عامة عن نسبة المؤسسات المستجيبة التى تقوم بتوظيف مسميات وظيفية معينة فى الصحة العامة سواء بطريق مباشر أو من خلال الخدمات التعاقدية[٨، ١٠]. ولا تميز هذه المعلومات بين أولئك الحاصلين على التدريب فى الصحة العامة وبين غيرهم. ولا يمكن أيضًا تحديد مجموع عدد العاملين فى الصحة العامة فى فئات الوظائف المختلفة. وكما سبق أن أشرنا، فإن أقل من ربع رؤساء مؤسسات الصحة المحلية هم من الحاصلين على درجات علمية عليا فى الصحة العامة[٦، ٨]. وهناك ثلاث وظائف توجد فى أكثر من ثلثى جميع إدارات الصحة المحلية وهى ممرض أو ممرضة صحة عامة وإدارى ومختص فى الصحة العامة أو صحة البيئة. وتوجد هذه الوظائف فى المؤسسات الكبيرة والصغيرة على حد سواء. وبينما تشغل الوظائف الأخرى الأكثر شيوعًا (الممرض أو الممرضة المرخصة registered nurse) وأخصائى التغذية والممرض أو الممرضة العملية المجازة licensed practical nurse) والمثقف الصحى والأخصائى الاجتماعى) فى ٢٠-٣٣٪ فقط من جميع إدارات الصحة المحلية. ويوجد تنوع كبير فى نسبة إدارات الصحة المحلية التى تتوافر فيها تلك الوظائف بحسب حجم المؤسسة. فعلى سبيل المثال، يشتغل العاملون فى التثقيف الصحى فى ١٠٪ فقط من إدارات الصحة المحلية التى تقدم خدماتها لمجتمعات يقل تعداد سكانها عن ٥٠,٠٠٠ نسمة فى حين يشتغل العاملون الصحيون فى ٨٥٪ من إدارات الصحة المحلية التى تقدم خدماتها لمجتمعات يبلغ تعداد سكانها ٥٠,٠٠٠ نسمة أو أكثر. وهناك نمطان عاميان للتوظيف فى إدارة الصحة المحلية يتمحوران حول مجموعة أساسية من الموظفين. يركز النمط الأول على الخدمات الإكلينيكية فى حين يركز الآخر على البرامج المقدمة للمجتمع بصفة عامة[١١]. ويتألف الموظفون الأساسيون من أخصائيى التغذية والمختصين فى الإصحاح أو صحة البيئة والإداريين وأخصائيى المختبرات والعاملين فى التثقيف الصحى، فى حين يضيف النمط الإكلينيكى الأطباء والممرضين والممرضات والعاملين فى صحة الأسنان، وتشمل البرامج المقدمة للمجتمع بصفة عامة المختصين فى علم الأوبئة وممرضين وممرضات الصحة العامة وأخصائيى البرنامج (pro-gram specialists).

ونظراً لنواحى القصور التى تعانيها هذه المصادر، أشرفت إدارة الموارد والخدمات الصحية على عدد من دراسات تحديد الاحتياجات التدريبية والتعليمية للقوى العاملة فى الصحة العامة فى التسعينيات الميلادية. وعلى الرغم من إخفاق تلك الجهود فى تحديد حجم وتركيبة واحتياجات القوى العاملة المهنية فى الصحة العامة، إلا أنها أدت إلى تطوير عدد من التوصيات الطموحة الموثقة فى تقرير القوى العاملة فى الصحة العامة: برنامج عمل للقرن الحادى والعشرين[١٢] (Public Health Workforce: An Agenda for the 21st Century). وقد دعا هذا التقرير إلى:

- مواصلة الإشراف والتخطيط الوطنى لتطوير القوى العاملة فى الصحة العامة القادرة على تقديم خدمات الصحة العامة الحيوية فى جميع أنحاء البلاد.
- إنشاء آليات لدعم تخطيط وتدريب القوى العاملة فى جميع الولايات والسلطات المحلية.
- توظيف أكبر لتصنيف موحد لتحديد حجم وتوزيع القوى العاملة فى الصحة العامة بين المؤسسات الرسمية وبين المنظمات الخاصة والتطوعية.
- تحسين وإثبات موضوعية معايير أهلية الممارسة فى الصحة العامة المرتبطة بكل من المهن المختلفة التى تشكل القوى العاملة لتطوير مناهج أساسية ومتقدمة للتعليم المستمر للقوى العاملة فى الصحة العامة وتطوير إستراتيجيات للترخيص للكفاءات بين الممارسين.
- تعزيز إستراتيجيات وتكنولوجيا التعليم عن بعد.

وتعتبر عملية تحديد القوى العاملة فى الصحة العامة أمراً ضرورياً يجب أن يسبق عمليات تقييم التعليم والتدريب واحتياجات تطوير المهنة. حيث تشير المعلومات الوصفية والتاريخية والحديثة بأن هناك نقصاً حاداً فى تصنيفات معينة من وظائف الصحة العامة مثل المختصين فى علم الأوبئة وممرضين وممرضات الصحة العامة. كما يبدو أن هناك زيادة فى الطلب على التعليم العالى فى الصحة العامة كما هو مثبت من الزيادة المستمرة فى كليات الصحة العامة والخريجين فى الصحة العامة. وعلى الرغم من ذلك، إلا أنه لا يبدو أن هذه التصورات تترجم إلى توسع فى القوى العاملة المهنية فى الصحة العامة.

وقد تم إحراز تقدم ضئيل فى صدد توضيح وحل تلك القضايا فى السنوات الأخيرة، والاستثناء الجدير بالإشارة هنا هى الدراسة التى أجريت فى عام ١٩٩٥م عن القوى العاملة فى الصحة العامة فى ولاية تكساس (Texas)[١٣]. ويمثل حوالى ١٧,٧٠٠ مهنى

فى الصحة العامة فى ولاية تكساس حوالى ٣٪ من مجموع القوى العاملة الصحية فى تلك الولاية. وبلغت نسبة الحاصلين على تعليم رسمى فى الصحة العامة ٧٪ فقط. ويعمل حوالى ٥٥٪ فى مؤسسات تقدم خدماتها لجميع الفئات السكانية (تحديداً إدارات الصحة المحلية فى الولاية والمحليات)، فى حين يعمل ٤٥٪ فى مرافق الصحة العامة المؤسساتية. ومن أكبر المسميات الوظيفية المرضين والممرضات (١٥٪) على الرغم من أن عدداً من المسميات الوظيفية البيئية (المفتشين والعاملين والمهندسين) تمثل مجتمعة ٣٥٪ من القوى العاملة فى الصحة العامة فى عام ١٩٩٥م. ويوضح جدول (٦-١) قائمة كاملة بتلك المسميات الوظيفية. وتتفاوت نسبة القوى العاملة فى الصحة العامة المشتغلة بكل من خدمات الصحة العامة الحيوية من ٢٢٪ من المشتغلين بالبحث عن رؤى جديدة إلى ٦٠٪ من المشتغلين بتطوير السياسات والخطط لدعم الجهود الصحية الفردية والجماعية[١٣، ١٤] (جدول ٦-٢).

وتتغلب المعايير لتحديد القوى العاملة المهنية فى الصحة العامة المستخدمة فى الدراسة التى أجريت فى ولاية تكساس (Texas) على عدد من المعوقات المذكورة آنفاً، وذلك بالنظر للقوى العاملة فى الصحة العامة من أبعاد متعددة بدلاً من مجرد حصر العاملين. وتعتبر تلك المعايير من أكثر التوصيفات الإجرائية التى تم تطويرها حتى اليوم. وتشمل الأبعاد الأساسية ما يلى:

- جهة العمل: يجب أن يعمل الفرد فى منظمة تعنى بتنظيم الجهود لتعزيز وحماية الصحة والحفاظ عليها فى مجموعة سكانية محددة. ويمكن أن تكون المجموعة عامة أو خاصة كما يمكن أن يكون الجهد المبذول ثانوياً أو فرعياً للأهداف الرئيسية للمنظمة.
- مضمون العمل: يجب أن يقوم الفرد بأداء عمل يتكون من واحدة أو أكثر من خدمات الصحة العامة أو أنشطتها.
- الوظيفة: يجب أن يشغل الفرد وظيفة تتطلب تقليدياً سنة واحدة على الأقل من التدريب المتخصص فى الصحة العامة بعد مرحلة التعليم الثانوى (أو يمكن) منحها مسمى «وظيفى مهنى»[١٣].

جدول (٦-١)

الأرقام والنسب التقديرية للمهنيين فى الصحة العامة العاملين فى مؤسسات تقدم خدمات الصحة العامة لجميع الفئات السكانية، حسب المسمى الوظيفى، تكساس (Texas)، ١٩٩٥م

المسمى الوظيفى	العدد	النسبة
ممرض أو ممرضة	١,١٨٠	١٥,٣
فاحص، مفتش، مساح	١,٠٧٨	١٣,٩
عامل صحة بيئة	٩٨٨	١٢,٨
مهندس صحة بيئة	٦٢٢	٨,١
مدير خدمات صحية	٥٩٧	٧,٧
أخصائى برنامج	٣٩٤	٥,١
مختص فى علم الأحياء المجهرية	٣٣٦	٤,٣
أخصائى اجتماعى	٣٠٧	٤,٠
طبيب	٢٧٣	٣,٥
أخصائى تغذية	٢٠٣	٢,٦
كيميائى	١٧٥	٢,٣
مثقف صحى	١٣٥	١,٨
عالم سلوكى أو اجتماعى	١٣٥	١,٨
مخطط صحى/محلل سياسات	١٠٩	١,٤
علماء المختبرات الآخرون	١٠٣	١,٣
باحث أمراض	٩٦	١,٢
أخصائى أسنان	٩٤	١,٢
مختص فى علم الأوبئة	٨٦	١,١
أخصائى سلامة	٧٩	١,٠
مختص بالصحة الصناعية	٧١	٠,٩
العاملون الآخرون فى المختبرات	٧٠	٠,٩
أخصائى إحصاءات حيوية	٦٨	٠,٩
صيدلى	٥٨	٠,٧
طبيب بيطرى	٣٤	٠,٤
تخصصات أخرى	٣٣٥	٤,٣
مسميات وظيفية غير محددة	١٠٥	١,٤
المجموع	**٧,٧٣١**	**٩٩,٩**

المصدر أعيد طباعته من:

Kennedy et al., Public Health Workforce Information: A State Level Study. Journal of Public Health Management Practice, Vol. 5, No. 3, p. 15, (1999, Aspen Publishers, Inc.

جدول (٦-٢)

الأرقام والنسب التقديرية للمهنيين فى الصحة العامة العاملين فى مؤسسات تقدم خدمات الصحة العامة لجميع الفئات السكانية وتقدم خدمات الصحة العامة الحيوية، تكساس (Texas)، ١٩٩٥م

خدمة الصحة العامة الحيوية	العدد	النسبة
مراقبة الحالة الصحية لتحديد المشاكل الصحية فى المجتمع.	٢,٥٤٨	٣٣,٠
تشخيص وتقصى المشاكل والمخاطر الصحية فى المجتمع.	٢,١٧٥	٢٨,١
إعلام وتثقيف وتزويد الناس بالوسائل اللازمة حول المسائل الصحية.	٢,٨٠٩	٣٦,٣
حشد الجهود التعاونية لتحديد وإيجاد الحلول للمشاكل الصحية.	٢,٣١٩	٣٠,٠
تطوير السياسات والخطط التى تدعم الجهود الصحية الفردية والجهود الصحية للمجتمع.	٤,٦٥٤	٦٠,٢
تطبيق القوانين والأنظمة التى تحمى الصحة وتضمن السلامة.	٣,٠٥٣	٣٩,٥
ربط الناس بالخدمات الشخصية الصحية التى يحتاجونها وضمان توفير الرعاية الصحية فى حالة عدم توفرها.	٢,٦٨٣	٣٤,٧
ضمان قوى عاملة مؤهلة فى مجال الصحة العامة والرعاية الصحية الشخصية.	٣,٠٠٩	٣٨,٩
تقييم الفعالية والوصول إلى وجودة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والمجتمعات.	١,٦٦٣	٢١,٥
إجراء الأبحاث لإيجاد أفكار جديدة وحلول مبتكرة للمشاكل الصحية.	١,٦٦٠	٢١,٥

المصدر أعيد طباعته من:

Public Health Functions Steering Committee, *Public Health in America*, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1994.

وقد حدث تقدم أكبر فى السنوات الأخيرة فى تحديد القدرات والمهارات الضرورية لممارسة الصحة العامة. وترجع جذور العديد من المبادرات فى هذا الشأن إلى تقرير معهد الطب فى العام ١٩٨٨م[١٥]. ومن التطورات الرئيسية دعوة الممارسين للصحة العامة للمشاركة من خلال منتدى أعضاء هيئات التدريس وممثلى المؤسسات فى الصحة العامة (Public Health Faculty/Agency Forum) لتحديد مجموعة من القدرات الأساسية للمهنيين فى الصحة العامة[١٣]. وتتطرق هذه القدرات إلى مهارات التحليل والاتصال

وتطوير السياسات وتخطيط البرامج والمهارات الثقافية وعلوم الصحة العامة الأساسية والتخطيط المالى والإدارة (توضيح ٦-٢). كما تم من خلال هذه العملية أيضًا تحديد قدرات إضافية فى حقول معينة من حقول الصحة العامة مثل الإدارة الصحية وعلم الأوبئة والإحصاء الحيوى والعلوم السلوكية وصحة البيئة (توضيح ٦-٣). وقد قامت لجنة توجيه وظائف الصحة العامة (Public Health Functions Steering Committee) بإعادة صياغة تلك القدرات لتطوير القوى العاملة فى الصحة العامة من خلال ربطها بخدمات الصحة العامة الحيوية[١٢]. ويقدم توضيح (٦-٤) مثال على ذلك.

كما وضع منتدى أعضاء هيئات التدريس وممثلى المؤسسات فى الصحة العامة (Public Health Faculty/Agency Forum) أيضًا إستراتيجيات لتسهيل التوسع فى تلك القدرات فى مجال القوى العاملة فى الصحة العامة. وقد دعت التوصيات الرئيسية إلى:

- تقوية أواصر التعاون بين القطاعات الممارسة والأكاديمية فى مجتمع الصحة العامة.
- تحسين التعليم والتدريب وممارسة الصحة العامة.
- تأسيس روابط قوية بين كليات الصحة العامة وبين مؤسسات الصحة العامة.

توضيح (٦-٢)
قدرات عامة للمهنيين فى الصحة العامة

يجب أن يكون جميع المهنيين فى الصحة العامة مؤهلين فى:

المهارات التحليلية:

- تحديد المشكلة.
- تحديد الاستخدام الملائم للبيانات والطرق الإحصائية لتحديد المشكلة وإيجاد الحلول لها وتخطيط وتنفيذ وتقييم البرنامج.
- اختيار وتحديد المتغيرات ذات العلاقة بمشاكل الصحة العامة المحددة.
- تقييم مصداقية البيانات وقابليتها لإجراء المقارنات وتحديد نواحى القصور فى مصادر البيانات.
- فهم الكيفية التى تلقى بها البيانات الضوء على القضايا الأخلاقية والسياسية والعلمية والاقتصادية وقضايا الصحة العامة بصفة عامة.
- فهم منهجيات البحث الأساسية المستخدمة فى الصحة العامة.
- الوصول إلى استنتاجات ملائمة من البيانات.

مهارات الاتصال:

- الاتصال بفعالية تحدثًا وكتابة (إلا فى حالة وجود إعاقة تحول دون الاتصال الشفهى).
- عرض المعلومات السكانية والإحصائية والبرنامجية والعلمية بدقة وفعالية للمتابعين المهنيين والعاديين.
- طلب المعلومات من الأفراد والمنظمات.
- الحصول على الدعم والتأييد لبرامج وموارد الصحة العامة.
- قيادة المجموعات والمشاركة فيها لمعالجة قضايا معينة.
- استخدام وسائل الإعلام لتوصيل المعلومات المهمة عن الصحة العامة.

مهارات تطوير السياسات وتخطيط البرامج:

- جمع وتلخيص البيانات المتعلقة بمسألة ما.
- تحديد البدائل المتعلقة بالسياسات.
- تحديد النتائج الصحية والمالية والإدارية والقانونية والسياسية المترتبة على كل بديل سياسى.
- تحديد إمكانية تطبيق كل بديل سياسى والنتائج المتوقعة منه.
- اتخاذ قرار بشأن الحل الملائم.
- كتابة البيان المتعلق بالسياسة بوضوح ودقة.
- تطوير خطة لتطبيق السياسة شاملة الأهداف ونتائج وأهداف العملية وخطوات التنفيذ.
- ترجمة السياسة إلى خطط وهياكل وبرامج تنظيمية.

تابع – توضيح (٦-٢):

- تحديد قوانين الصحة العامة والأنظمة والسياسات ذات العلاقة ببرامج معينة.
- تطوير آليات لمتابعة وتقييم البرامج للتأكد من فعاليتها وجودتها.

المهارات الثقافية:

- فهم القوى الديناميكية المساهمة فى التنوع الثقافى.
- التفاعل بحساسية وفعالية ومهنية مع الأشخاص المنتمين إلى خلفيات ثقافية واجتماعية/اقتصادية وتعليمية ومهنية مختلفة ومع جميع الأشخاص من مختلف الأعمار وأنماط الحياة المختلفة .
- تحديد دور العوامل الثقافية والإجتماعية والسلوكية فى تحديد المرض والوقاية منه والسلوك المعزز للصحة وتنظيم الخدمات الطبية وأساليب تقديمها.
- تطوير وتبنى أساليب لمعالجة المشاكل تأخذ فى الاعتبار الاختلافات الثقافية.

مهارات علوم الصحة العامة الأساسية:

- تحديد وتقييم وفهم الحالة الصحية للمجتمع ومحددات الصحة والمرض والعوامل المساهمة فى تعزيز الصحة والوقاية من المرض والعوامل التى تؤثر فى استهلاك الخدمات الصحية.
- فهم أساليب البحث فى جميع علوم الصحة العامة الأساسية.
- تطبيق علوم الصحة العامة الأساسية والتى تشمل العلوم السلوكية والاجتماعية والإحصاء الحيوى وعلم الأوبئة والصحة العامة البيئية والوقاية من الأمراض المزمنة والمعدية والإصابات.
- فهم التطور التاريخى والتنظيمى لمؤسسات الصحة العامة العاملة على مستوى الولاية والمستويات المحلية والمستوى الاتحادى.

مهارات التخطيط المالى والإدارة:

- إعداد وعرض الميزانية.
- إدارة البرامج مع الأخذ فى الاعتبار القيود التى تفرضها الميزانية.
- تطوير استراتيجيات لتحديد أولويات الميزانية.
- متابعة أداء البرنامج.
- إعداد العروض للحصول على التمويل من الجهات الخارجية.
- تطبيق مهارات العلاقات الإنسانية الأساسية فى إدارة المنظمة وفى حل الصراعات داخل المنظمة
- إدارة الموارد البشرية.
- فهم نظرية الهيكل التنظيمى وعلاقتها بالممارسة المهنية.

المصدر أعيد طباعته من:

Health Resources and Services Administration and Centers for Disease Control and Prevention

ومن ناحية جزئية، تعتبر هذه الإستراتيجيات استجابةً للنتائج التى توصل إليها تقرير معهد الطب والتى تقول بأن تعليم المهنيين فى الصحة العامة قد أصبح معزولا عن ممارسة الصحة العامة. وكان لكل من تحديد القدرات وإستراتيجيات التنفيذ المقترحة آثار كبيرة على التعليم والتدريب فى مجال الصحة العامة منذ عام ١٩٩٠م. فعلى سبيل المثال، قامت معظم كليات الصحة العامة بتأسيس مكاتب لممارسة الصحة العامة للاتصال بالممارسين والمؤسسات العاملة وتطوير اتفاقيات تعاون تشمل تغطية مصاريف تعيين أعضاء هيئة التدريس ومشاريع الأبحاث المشتركة والمساعدة الفنية والتدريب الميدانى وغيرها من أنشطة التعاون المشترك[١٧].

و قد تأسست أول كلية للصحة العامة فى عام ١٩١٦م فى كلية جون هوبكنز لعلوم الصحة والصحة العامة (Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health) بدعم من مؤسسة روكفلر الخيرية (Rockefeller Foundation). بحلول عام ١٩٦٩م، كان هناك ١٢ كلية للصحة العامة ولكن هذا الرقم ارتفع ليصل إلى ٢٩ كلية فى عام ١٩٩٩م مع وجود حوالى ٦ كليات جديدة فى طور التأسيس. وقبل حوالى عام ١٩٧٠م كان معظم الطلبة المتدربين فى الصحة العامة هم من الأطباء أو غيرهم من التخصصات المهنية التى تمنح فيها درجات علمية. ولكن فى العقود الأخيرة من القرن العشرين التحق أكثر من ثلثى المتدربين فى الصحة العامة للحصول على درجة رئيسية فى التعليم العالى. وقد تحول التدريب فى الصحة العامة من درجة ثانوية للمهنيين الطبيين إلى حقل صحى رئيسى. وقد ركزت كليات الصحة العامة فى البداية على علوم الصحة والإصحاح ولكن توسع فيما بعد منهج الصحة العامة الأساسى إلى خمسة حقول أساسية هى: الإحصاءات الحيوية وعلم الأوبئة وإدارة الخدمات الصحية والتثقيف الصحى وعلم السلوك وعلم البيئة.

وعلى المستوى الاتحادى، سعت كل من إدارة الموارد والخدمات الصحية ومراكز السيطرة والوقاية من المرض إلى تقوية الروابط بين التعليم والممارسة. وقد عملت كلتا المؤسستين كراعيين مشاركين لمنتدى أعضاء هيئات التدريب وممثلى المؤسسات فى الصحة العامة كما أن كليهما قدم الدعم للمبادرات الرامية لتطبيق توصيات المنتدى المختلفة. وعلى سبيل المثال، قامت مراكز السيطرة والوقاية من المرض بدور ريادى فى تطوير شبكة تدريب وطنية وقدمت الدعم لأنشطة تطوير القادة على المستوى القومى وعلى مستوى الولايات. وتشمل الموارد التعليمية المساهمة فى هذه الشبكة الوطنية ٢٩ كلية للصحة العامة (وهو عدد يتزايد باستمرار خلال العقود الثلاثة الماضية) إضافة إلى حوالى ٩٠ برنامج تدريب عالياً فى مجال الصحة العامة وعدد يصل إلى ٣٠٠ برنامج تدريب فى مستوى التعليم العالى فى مجالات مرتبطة بالصحة العامة مثل الإدارة الصحية والتمريض فى الصحة العامة والهندسة البيئية.

توضيح (٦-٣)
قدرات مهنية لفئات مختارة من المهنيين فى الصحة العامة

إدارة الصحة العامة:

- تحليل السياسات/التخطيط الإستراتيجى.
- مهارات الاتصال.
- قيادة الفريق.
- الإدارة المالية.
- إدارة الموارد البشرية.
- تخطيط وإدارة البرامج.
- الإدارة التنظيمية ووضع المنظمة فى موقعها الملائم (positioning).
- القدرة الثقافية.
- العلوم الصحية الأساسية.
- التحليل السياسى.

علم الأوبئة والإحصاء الحيوى:

علم الأوبئة:

- تحليل الموقف.
- تصميم الدراسة.
- تنفيذ الدراسة.
- إدارة البيانات وتحليلها.
- عرض المعلومات الصحية.

الإحصاء الحيوى:

- متطلبات البيانات.
- إدارة قواعد البيانات.
- الإحصاءات الوصفية.
- الاستنتاج الإحصائى.
- التقرير الإحصائى.

العلوم السلوكية:

- الإدراك والقدرة على تطبيق إستراتيجيات تغيير السلوك فى أنشطة تعزيز الصحة والوقاية من المرض الأولية والثانوية والمستوى الثالث فى مؤسسات الصحة العامة.

تابع – توضيح (٦-٣):

- القدرة على نشر المعارف عن السلوك والمفاهيم والأساليب الاجتماعية.
- الحس الثقافى والفهم للكيفية التى تؤثر بها الثقافة فى السلوك والحالة الصحية.
- القدرة على إجراء تحديد مستمر لاحتياجات التجمع السكانى الطبية بشكل مفرد أو كعضو فى فريق.
- المعرفة بنظام الصحة العامة وبتطوير السياسات والأنظمة.
- مهارات التقييم.
- مهارات قيادية.
- مهارات الاتصال.

الصحة العامة البيئية:

- مهارات تقييم الخطر.
- مهارات إدارة الخطر.
- مهارات الاتصال بشأن الخطر.
- معرفة بعلم الأوبئة المتعلق بالأمراض الحادة والمزمنة مع التركيز على جوانبها البيئية.
- الإحصاء الحيوى.
- الأمراض المزمنة/المنتقلة عن طريق العدوى.
- الاعتبارات الاقتصادية فى الصحة العامة البيئية.
- قانون حماية البيئة.

المصدر أعيد طباعته من:

Health Resources and Services Administration and Centers for Disease Control and Prevention

كما أثارت تقارير هيئة بيو للمهن الصحية (Pew Health Professions Commission) أيضًا النقاش والجدل حول الأساليب الكفيلة برفع قدرات الصحة العامة بين المهن الصحية الأخرى فى القطاع الصحى. وقد خلصت الهيئة المذكورة إلى أن الاتجاهات الحديثة فى النظام الصحى سوف ينتج عنها فائض كبير فى أعداد الأطباء والمرضين والمرضات وحتى الصيادلة أيضًا، وأن التطور فى المهن الطبية المساعدة سوف يعكس

اتجاهه مع النمو فى المهن المتعددة المهارات فى ظل سعى القطاع الصحى لإعادة تصميم أنشطة تقديم خدماته. ولكن فى الصحة العامة، فقد توقعت الهيئة نمو الطلب على المهنيين فى الصحة العامة والذى يرتبط أيضا باحتياجات النظام الصحى الموجه على نحو متزايد بقوى السوق[١٨]. ويمكن معالجة التوسع فى مهارات الصحة العامة فى القوى العاملة فى القطاع الصحى من خلال برامج تعليم إضافية فى الصحة العامة فى كليات الصحة العامة وغيرها من المراكز أو من خلال توفير فرص التعليم والتدريب للمهنيين الصحيين الآخرين أو من خلال الأسلوبين معًا. وعلى أى حال، تمثل القدرات العامة منتجات تعليمية يمكن تسويقها وإتاحتها للقادمين الجدد من المهنيين الصحيين.

ولا تتوافر تقييمات واسعة النطاق للحاجة للتعليم والتدريب على هذه القدرات العامة. ولكن بناء على التقييمات المتوافرة فى الوقت الحاضر لفعالية ممارسة الصحة العامة المرتبطة بالوظائف الأساسية (مثل تلك المقدمة فى الفصل الخامس) فإنه يوجد هناك حاجة كبيرة لتعزيز قدرات القوى العاملة المرتبطة بالوظائف الأساسية وخدمات الصحة العامة الحيوية. وحتى يؤخذ تعليم وتدريب القوى العاملة فى الصحة العامة بمحمل الجد، فإنه لابد لأصحاب الشأن فى كل من المجال الأكاديمى والتطبيقى من الدخول فى تحالفات أو اتحادات على مستوى الولاية أو على مستوى المناطق الجغرافية. وقد شرعت إدارة الموارد والخدمات الصحية فى برنامج لتحفيز إنشاء مراكز تدريب للصحة العامة مشتركة بين الولايات ابتداء من العام ٢٠٠٠م. وسوف تخدم مثل هذه الجهود عملية التحديد المنظم للحاجات التعليمية والتدريبية والتطوير المهنى للقوى العاملة فى الصحة العامة وتسخير الموارد المتاحة للاحتياجات الحالية.

الموارد التنظيمية:

تشمل الموارد التنظيمية فى الصحة العامة شبكة مؤسسات الصحة العامة الاتحادية والعاملة على مستوى الولاية والمستويات المحلية التى تم وصفها فى الفصل الرابع بالإضافة إلى الآليات لربط المنظمات العامة والخاصة والتطوعية من خلال علاقات تعاونية. وقبل مناقشة أنماط التعاون، هناك عدد من الجوانب التنظيمية التى تستحق التطرق لها.

توضيح (٦-٤)

خدمة حيوية: تشخيص وتقصى المشاكل والأخطار الصحية فى المجتمع

القدرات:

المهارات التحليلية:

- تحديد المشكلة.
- تحديد الاستخدام الملائم للبيانات والطرق الإحصائية لتحديد المشكلة وإيجاد الحلول لها وتخطيط وتنفيذ وتقييم البرنامج.
- اختيار وتحديد المتغيرات ذات العلاقة بمشاكل الصحة العامة المحددة.
- تقييم مصداقية البيانات وقابليتها لإجراء المقارنات وتحديد نواحى القصور فى مصادر البيانات.
- فهم الكيفية التى تلقى بها البيانات الضوء على القضايا الأخلاقية والسياسية والعلمية والإقتصادية وقضايا الصحة العامة بصفة عامة.
- الوصول إلى استنتاجات ملائمة من البيانات.

مهارات الاتصال:

- * الاتصال بفعالية تحدثًا وكتابة (إلا فى حالة وجود إعاقة تحول دون وجود أحد هذين الشكلين من الاتصال).
- عرض المعلومات السكانية والإحصائية والبرامجية والعلمية بدقة وفعالية للمتابعين المهنيين والعاديين.
- طلب المعلومات من الأفراد والمنظمات.
- قيادة المجموعات والمشاركة فيها لمعالجة قضايا معينة.
- استخدام وسائل الإعلام لتوصيل المعلومات المهمة عن الصحة العامة.

مهارات السياسة والتطوير/تخطيط البرامج:

- جمع وتلخيص البيانات المتعلقة بمسألة ما.
- تحديد البدائل المتعلقة بالسياسات.
- تحديد النتائج الصحية والمالية والإدارية والقانونية والسياسية المترتبة على كل بديل سياسى
- تحديد إمكانية تطبيق كل بديل سياسى والنتائج المتوقعة منه.

المهارات الثقافية:

- فهم القوى الديناميكية المساهمة فى التنوع الثقافى.
- التفاعل بحساسية وفعالية ومهنية مع الأشخاص المنتمين إلى خلفيات ثقافية واجتماعية/اقتصادية وتعليمية ومهنية مختلفة ومع جميع الأشخاص من مختلف الأعمار وأنماط الحياة المختلفة.
- تحديد دور العوامل الثقافية والاجتماعية والسلوكية فى تحديد المرض والوقاية منه والسلوك المعزز للصحة وتنظيم الخدمات الطبية وأساليب تقديمها.
- تطوير وتبنى أساليب لمعالجة المشاكل تأخذ فى الاعتبار الاختلافات الثقافية.

مهارات علوم الصحة العامة الأساسية:

- تحديد وتقييم وفهم الحالة الصحية للمجتمع ومحددات الصحة والمرض والعوامل المساهمة فى تعزيز الصحة والوقاية من المرض والعوامل التى تؤثر فى استخدام الخدمات الصحية.

تابع – توضيح (٦–٤):

- فهم أساليب البحث فى جميع علوم الصحة العامة الأساسية.
- تطبيق علوم الصحة العامة الأساسية والتى تشمل العلوم السلوكية والإجتماعية والإحصاء الحيوى وعلم الأوبئة والصحة العامة البيئية والوقاية من الأمراض المزمنة والمعدية والإصابات.
- فهم التطور التاريخى والتنظيمى لمؤسسات الصحة العامة العاملة على مستوى الولاية والمستويات المحلية والمستوى الفيدرالى.

جديد:

- فهم القضايا المتعلقة بصحة البيئة والعوامل البيئية المؤدية للإصابة.
- إنشاء الروابط مع مقدمى الصحة العامة غير التقليدين، مثل العيادات الصحية المدرسية ومكاتب السلامة المهنية فى القطاع الصناعى.
- استخدام تقييمات الخطر (مثل تحديد مخاطر التعرض للمواد الضارة وآثارها الصحية).
- تطبيق مهارات علوم المختبرات.
- فهم تصميم الدراسة والذى يشمل تقصى المجموعات الذى يتركز فيها تفشى المرض.
- تسهيل المقابلات (شاملة القدرات الثقافية) وأساليب المسح النوعية.
- توظيف مهارات العلاقات العامة.
- معرفة شبكة الاستشاريين والمساعدة الفنية المتاحة والأصول المتوافرة فى المجتمع لجمع وتحليل البيانات الصحية الخاصة بالمجتمع.
- فهم المعلومات القانونية والنظامية ذات العلاقة.
- تحديد الأساس العلمى والتحقق من قوة الأدلة فى الأدبيات المنشورة حول الموضوع والذى يشمل فعالية التدخلات.
- إعداد وتفسير البيانات من الإحصاءات الحيوية والسكانية والمسوحات واستخدام الخدمات وغيرها من التقارير المتخصصة ذات العلاقة.

(تم إعداد هذه القوائم من القدرات التنظيمية لتقديم خدمات الصحة العامة الحيوية من قبل مجموعة العمل الخاصة بالقدرات المبنية على المناهج التعليمية المنبثقة عن اللجنة الفرعية لتدريب وتعليم القوى العاملة فى الصحة العامة (Competency-Based Curriculum Work Group of the Subcommittee on Public Health Work Force, Training, & Education) وقد بدأت مجموعة العمل بالقدرات العامة التى أعدت من قبل منتدى أعضاء هيئات التدريب وممثلى المؤسسات فى الصحة العامة ثم تقسيمها حسب إطار خدمات الصحة العامة الحيوية العشر وإضافة قدرات جديدة. والقدرات المشار إليها بـ (*) هى قدرات عامة تم إدخال تعديلات عليها).

المصدر أعيد طباعته من:

The Public Health Workforce: An Agenda for the 21st Century, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, 1997.

الجوانب التنظيمية لأنظمة الصحة العامة:

المنظمات هى مجموعات من الأفراد تربطهم أهداف وغايات مشتركة. ويوحى هذا بأن لدى كل منظمة غاية أو غرضًا محدداً وموارد مناسبة للعمل من أجل تحقيق ذلك الغرض، والقدرة لتحديد مدى التقدم المحرز تجاه بلوغ أهدافها وغاياتها، وعملية محددة لاتخاذ القرارات اللازمة لإحداث تغيير فى اتجاه أو فى سرعة سعى المنظمة نحو بلوغ أهدافها. وتتخذ كل منظمة هيكلاً لتفويض مهمة القيام بأنشطتها إلى وحدات معينة أو أفراد ولتنسيق المهام بينهم. وتسهل قنوات الاتصال فى إنجاز أهداف وغايات المنظمة. ومن جانب، تحدد قنوات الاتصال المنظمة بنفس القدر الذى يحدد به الهيكل التنظيمى قنوات الاتصال فى المنظمة. وتلعب قوى عديدة أدواراً فى تشكيل قدرة المنظمة على النجاح والذى يشمل قدرتها على البقاء فى بيئة متغيرة. وتشتمل تلك القوى على غاية المنظمة وقيادتها بالإضافة إلى جوانب رئيسية فى عملياتها مثل التخطيط والتعاون والاتصالات. ويفضل أن تترك تفصيلات تلك المواضيع التنظيمية للكتب المتخصصة فى الإدارة الصحية والسلوك التنظيمى. وسوف نتطرق هنا فقط إلى مسائل مختارة.

تختلف منظمات القطاع العام فى جوانب مهمة عديدة عن نظيراتها فى القطاع الخاص أو التطوعى. وأكثر تلك الاختلافات وضوحاً، وربما أهمية، هو الاختلاف فى المحصلات النهائية (bottom lines). حيث تقاس المحصلة النهائية لمؤسسات الصحة العامة بالنتائج الصحية مع وجود تقدير للكفاية والفعالية ولكن ليس بنفس القدر المطلوب. أما بالنسبة للقطاع الخاص، فالمحصلة النهائية هى غالبًا الأرباح ورضا العميل، وينظر للكفاية والفعالية على أساس كونهما وسيلتين لتلك الغايات. وتسعى المنظمات التطوعية العاملة فى المجتمعات لتحقيق غايات شبيهة بتلك الغايات التى تسعى لبلوغها المؤسسات العامة. ولكن تعمل المؤسسات العامة فى بيئات سياسية وبيروقراطية تعتبر فريدة بالنسبة لتلك المؤسسات. ويجب ألا يغيب عن أذهاننا أن التوظيف فى حد ذاته هو أحد الأهداف العامة المهمة على الرغم من افتقاد القطاع العام للقدرة على التوسع فى أو التعاقد مع القوى العاملة فيه بسرعة استجابة لظروف السوق. وفى الحقيقة، فإن وظائف القطاع العام وخدماته تصبح أكثر أهمية خلال أوقات الكساد أو الركود الاقتصادى.

ودائمًا ما يشار إلى وجود قاعدة من القوى العاملة فى الخدمة المدنية على أنها معوق لإنجاز الأعمال على الرغم من أن المشكلة الحقيقية ربما تكون مرتبطة بالممارسات الإدارية غير الملائمة أكثر من كونها قصوراً مؤسساتيًا. وقد تأسست أنظمة العاملين فى الخدمة

المدنية فى حكومة الولايات والحكومات المحلية، إلى حد كبير، من خلال المواصفات الخاصة بالعاملين التى نشأت فى برامج تمويل صحة الأمومة والطفولة (Maternal and Child Health (MCH)) بعد صدور الباب الخامس (Title V) من قانون الضمان الاجتماعى (Social Security Act) فى عام ١٩٣٥م. وعلى الرغم من أن الهدف المبدئى هو توفير أمن إضافى للعاملين الحكوميين، إلا أنه كان هناك استياء وتذمر قديمان من النظام وتوتر وصدام بين العاملين الحكوميين وبين المسئولين المنتخبين منذ ذلك الحين. ويفتقد موظفو الخدمة المدنية بصفة عامة القدرة على الإضراب عن العمل كما هو الحال بالنسبة لنظرائهم فى القطاع الخاص المنظمين فى نقابات عمالية.

ولسنوات عديدة، عملت مؤسسات الصحة العامة وفق أسلوب إدارى يقوم على التحكم وإصدار الأوامر. إذا أحيلت المشكلة لمؤسسة الصحة العامة، سعت المؤسسة إلى الحصول على الموارد اللازمة للتعامل مع المشكلة. وكانت الموارد توفر مباشرة من قبل المؤسسة. وقد نجح هذا الأسلوب عندما كانت المشاكل الرئيسية تتطلب حلول الهندسة البيئية أو خبرات فى السيطرة على الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى. ولكن كلما أصبحت المشاكل أكثر تعقيداً، متخطية حدود مؤسسات الصحة والخدمات الإنسانية الأخرى، كلما أصبح أسلوب التحكم وإصدار الأوامر مصدراً للمشاكل وموضوعًا يستدعى إعادة النظر فيه. ولإيجاد حلول لقضايا حدود السلطة والمسئولية الحساسة، بدأت أساليب التعاون مع المؤسسات الأخرى والأساليب التعاونية تحل محل إستراتيجيات التحكم بشكل مباشر. وقد أضافت أساليب التعاون تلك بعداً أخر للتحديات التى تواجه مديرى المؤسسات العامة والتى شملت أيضًا العمل على رفع كفاء وفعالية الأداء لدى العاملين. ولم يكن التدريب الإدارى فى القطاع العام فى أى وقت مضى من الأمور التى تلقى الدعم الجيد، على الأقل ليس بنفس الدرجة الذى يحظى بها فى القطاع الخاص. ونتيجة لذلك، كانت مؤسسات الصحة العامة تدار بشكل سيئ، وأدى ذلك إلى التوتر والصدام بين الطاقم المهنى وبين الإداريين الذين أُحضروا للمؤسسة لزيادة كفاءتها وفعاليتها إلى الحد الأقصى الممكن بالإضافة إلى التوتر والصدام بين المؤسسة وبين الجهات المتعاونة معها فى المجتمع. على سبيل المثال، كان هناك انخفاض فى نسبة رؤساء إدارة الصحة المحلية الذين يحملون درجة البكالوريوس فى الطب. أما بالنسبة لإدارات الصحة الأكبر حجمًا (وخاصة تلك التى تقدم خدماتها فى تجمعات سكانية يبلغ تعدادها ١٠٠,٠٠٠ نسمة أو أكثر)، فيمكن أن يكون التفسير الجزئى لهذه الظاهرة هو توظيف رؤساء المؤسسات من غير الأطباء

لإدارة مجموعة الخدمات الإكلينيكية المعقدة على نحو متزايد. ولم يكن المهنيون من ذوى التخصصات الإكلينيكية متأقلمين دائمًا مع تلك التغيرات، ونتيجة ذلك فى بعض الأحيان كانت المشاكل المتعلقة بالإدارة وانخفاض الروح المعنوية لدى العاملين.

وغالبًا ما يتوافر لمؤسسات الصحة العامة العاملة على مستوى الولاية والمستويات المحلية مجالس لتوجيه جهودها. حيث أفاد أكثر من أربعة أخماس إدارات الصحة المحلية بوجود مجلس صحة محلى فى المسح الذى أجرته الرابطة الوطنية لمسئولى الصحة والأقاليم للعام ١٩٩٦-١٩٩٧ عن خصائص إدارات الصحة المحلية(٩). وعبر القرن الماضى، تبنت المجالس الصحية أدوارًا تتسم بمحدودية التدخل فى عمليات المؤسسة المباشرة عما كان عليه الحال فى بداية تأسيسها. وتتولى قيادة المؤسسة فى الوقت الحاضر الجزء الأكبر من مهام توجيه الطاقم المهنى فى حين احتفظت المجالس الصحية بأدوارها فى إجازة القوانين ودراسة ميزانية المؤسسة والموافقة عليها وغالبًا ما تعين مدير المؤسسة. وقد أصبح دور العديد من مجالس الصحة المحلية غير واضح، كما أصبحت تلك المجالس تقوم إلى حد كبير بدور استشارى للمؤسسة، مثيرة بذلك الجدل حول أدوارها فى ممارسة الصحة العامة المعاصرة. واستجابة للتساؤلات حول أدوارها فى الماضى وأدوارها الحالية، دعا تقرير معهد الطب إلى إنشاء مجالس الصحة العامة (public health councils) حتى يتم تحجيم الممارسات التاريخية البالية المرتبطة بمجالس الصحة. وتشتهر مؤسسات الصحة العامة بشغفها المفرط بتشكيل المجالس الاستشارية واللجان الخاصة ببرامج أو أنشطة معينة. وعلى الرغم من أنه يمكن النظر إلى هذه التعدد فى الهيئات الاستشارية على أنه غير عملى وفى بعض الأحيان يتعارض مع الأدوار المتعارف عليها للهيئات المشكلة بصورة رسمية مثل مجلس الصحة فى حد ذاته، إلا أن تلك المجالس الاستشارية واللجان أيضًا تلعب دورًا فى توسيع دائرة المشاركة والاتصال بشكل كبير من قبل المهنيين المتابعين لأنشطة المؤسسة. ومن المنظور الإدارى، يعتبر هذا أمرًا زائدًا عن الحد وغير ضرورى، إلا أن تلك المجالس الاستشارية واللجان تعتبر من أنشطة كسب التأييد الفعالة. وتمثل المجالس الصحية والأشكال المتعددة من اللجان الاستشارية حلقة وصل بين المؤسسة وبين التجمع السكانى الذى تقوم بخدمته. وتتم خدمة مصالح المؤسسة والتجمع السكانى بشكل أفضل من خلال العمل على توظيف تلك العلاقات وليس عن طريق الحد منها.

فى مؤسسات الصحة العامة تتولى المناصب القيادية مسئوليات مختلفة عديدة. حيث يدير القائد المؤسسة ويتفاعل مع أصحاب المصالح ومجموعات التأييد الرئيسية بالإضافة إلى قيامه بالوظائف ذات الطابع الرسمى. ويعهد بالمهام المحددة للمؤسسة إلى شخص مديرها من خلال القوانين واللوائح التنظيمية والتى تشكل المصدر الوحيد لسلطات القائد القانونية. ويوجد هناك توجه مستمر فى مؤسسات الصحة العامة العاملة فى الولايات والمحليات نحو الابتعاد عن تعيين الأطباء مديرين للمؤسسات على الرغم من أن حوالى نصف إدارات الصحة المحلية لا تزال تعين أطباء فى منصب المدير التنفيذى. وتعتبر الأدبيات المنشورة حول القيادة فى مرحلة التطور بين المشتغلين فى حقل الصحة العامة. حيث قامت مراكز السيطرة والوقاية من المرض بتطوير مشروع معهد وطنى للقيادة فى الصحة العامة كما تم تطوير وتنفيذ حوالى عشرات المبادرات الرامية لتطوير القيادة على مستوى المناطق والولايات فى عام ٢٠٠٠م. وتتمحور برامج تطوير القيادة فى الغالب حول مفاهيم مثل الرؤية المستقبلية وحث الآخرين على الفعل والعمل بصفة عامة من خلال الآخرين. وقد استخدم قادة الصحة العامة تلك المهارات منذ قرن مضى لحث الناس على إدراك وملاحظة العلم الصحيح وهو فى طور النشاط من خلال توفير أنابيب أخذ العينات وإمكانيات التشخيص المعملية فى الحرب ضد خطر الأمراض المعدية.

ولكن القيادة فى الصحة العامة تشمل أكثر من مجرد القادة الأفراد أو الأفراد فى مناصب قيادية. حيث تتغلغل الصحة العامة بشكل صميم فى القيادة كعامل للتغيير الاجتماعى من خلال تحديد المشاكل والأخطار الصحية والحث على القيام بالأفعال اللازمة لإزالتها. ولأن عمل الصحة العامة يركز على مفهوم القيادة الجماعية، بالإضافة إلى تركيزه على مفهوم القيادة الفردية، تعتبر مجموعة المبادئ والممارسات القيادية وثيقة الصلة بجميع منظمات الصحة العامة ونظمها. وفى العديد من الجوانب، يمكن النظر إلى الأدوات الموضحة فى الفصل الخامس (بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة وتعبئة الجهود للتدخل من خلال التخطيط والمشاركة والمجتمعات الصحية Healthy Com-munities، إلخ) على أنها أدوات فى القيادة وللقيادة فى الصحة العامة.

وقد لعبت المنظمات غير الحكومية أدواراً رئيسية فى أنشطة الصحة العامة منذ عام ١٩٠٠م. فعندما توسعت الشبكة الوطنية للمؤسسات العامة الفيدرالية والمؤسسات العاملة فى الولايات والمحليات وتولت الحكومة مسئولية أكبر فى الشئون الصحية، فهى، فى الواقع، قد تبنت مبادرات الصحة العامة التى بدأتها المنظمات غير الحكومية ووفرت لها

الدعم. ويمثل نظام الصحة العامة الحديث جهد كل من الحكومة والمنظمات غير الحكومية. فقد حثت لجنة روكفلر الصحية للقضاء على دودة الأنسيلوستوما أو الدودة الشصية (Rockefeller Sanitary Committee's Hookworm Eradication) خلال الفترة ١٩١٠-١٩٢٠م على إنشاء إدارات الصحة المحلية، كما قامت مؤسسات وقفية أخرى بتبنى إنشاء الإدارات الصحية وإعادة هيكلة التعليم الطبى. وقد عملت الرابطة الوطنية للدرن (National Tuberculosis Association) على الوقاية من مرض الدرن وتوفير العلاج له، كما قاد اتحاد المستهلكين الوطنى (National Consumers League) مبادرات رعاية الأمومة والطفولة فى العشرينيات الميلادية، ودعمت منظمة الصليب الأحمر الأمريكية (American Red Cross) برامج التغذية خلال سنوات الكساد فى الثلاثينيات الميلادية، وفى الأربعينيات والخمسينيات الميلادية قادت منظمة مارش أوف دايمز (March of Dimes) الجهود الوطنية لتطوير لقاح ناجح لشلل الأطفال. وفى السنوات الحديثة، تأسست جمعية الأمهات ضد القيادة تحت تأثير الكحول (Mothers Against Drunk Driving) فى عام ١٩٨٠م من قبل مجموعة من النساء فى ولاية كاليفورنيا (California) بعد مقتل طفلة من سائق وهو تحت تأثير تعاطى الكحول وتحول الحادثة إلى حملة وطنية مطالبة بقوانين أكثر صرامة ضد القيادة تحت تأثير الكحول. كما عملت أيضًا المنظمات المهنية والاتحادات العمالية على دعم وتعزيز الصحة العامة. حيث أيد اتحاد الأطباء الأمريكى (American Medical Association) وجود إحصاءات حيوية أفضل وأغذية وأدوية أكثر سلامة على صحة الفرد. كما صادق اتحاد أطباء الأسنان الأمريكى (American Dental Association) على إضافة مركب الفلورايد للمياه على الرغم من العواقب المالية المترتبة على أعضائه. وعملت المنظمات العمالية من أجل أماكن عمل أكثر أمنًا فى المجال الصناعى. وترعى اليوم عدد من المنظمات غير الحكومية مشاريع أبحاث وبرامج متنوعة تشمل تخطيط الأسرة والوقاية من فيروس مرض نقص المناعة المكتسب (HIV) وتطوير التحصينات والوقاية من أمراض القلب والسرطان.

التحالفات والاتحادات:

تعتبر القدرة على العمل من خلال الروابط التعاونية مع الهيئات والمنظمات الأخرى أحد جوانب الموارد التنظيمية المتزايدة فى الأهمية. ودائمًا ما توصف تلك الروابط على أنها تحالفات (coalitions) أو اتحادات (consortia) على الرغم من أن بعض المصطلحات

الأخرى تستخدم على نحو متكرر وأن الفروقات بين تلك المصطلحات غالبًا ما تكون غير واضحة المعالم (توضيح ٦-٥)[١٩]. ويمكن تشكيل التحالفات للقيام بالجهود قصيرة الأجل أو إنشائها لمعالجة مشاكل مستمرة على المدى الطويل. ومن المرجح أن تكون التحالفات ناجحة إذا شملت تمثيلاً من جميع المجموعات المتأثرة بالمشكلة وبذلت الجهود للتعامل مع تلك المشكلة. وبصفة عامة، فإن التحالفات والاتحادات هى علاقات شراكة رسمية تشمل مجموعتين أو أكثر يعمل بعضها مع بعض لتحقيق أهداف محددة بناء على خطة مشتركة. والمبرر لأسلوب الاتحادات هو الاعتقاد بأن بلوغ الأهداف يفوق القدرة الذاتية لأى منظمة مشاركة. ومن الممكن أن تأخذ الأهداف أشكالاً متعددة تتراوح من الاتصال بين الأعضاء إلى التعليم العام والمهنى وإلى التأييد والضغط السياسى لإحداث تغييرات فى سياسة معينة. ولعله من الضرورى بأن يكون هناك اتفاق بين أعضاء التحالف على أن أفضل طريقة لمعالجة المشكلة هو من خلال أسلوب التحالف وأن يكون لدى الأعضاء ارتياح لنطاق الأنشطة المخططة. ويسمح الاعتماد على المصالح المشتركة للتحالف بوضع تطلعات ومطالب على أعضاء المنظمة. وأهم شىء هو أن تعمل التحالفات أشياء مهمة بالنسبة لأعضائها. كما يجب عليها أن تساعد أعضاءها بالإضافة إلى تقديم المساعدة للمجموعة ككل.

هناك العديد من الفوائد للعمل من خلال التحالفات والاتحادات. حيث تستطيع الجهود التعاونية أن تعمل بشكل أكثر فعالية من منظمة واحدة بمفردها لأن خطط العمل تكون مشتركة بين المنظمات المتعاونة بدلاً من القيام بها من قبل مجموعة بصورة منفردة. ويساعد هذا على المحافظة على الموارد المحدودة ويسهل الطريق للوصول إلى قطاع أكبر من المجتمع. وعندما تتوحد المنظمات حول أهداف محددة، تحظى جهود تلك المنظمات بمصداقية أكبر من اشتراك منظمة واحدة فقط أو عدد قليل من المنظمات. كما تعتبر الجهود التعاونية آليات ممتازة لضمان وجود مجموعة واسعة من المدخلات ووجهات النظر فى عملية تطوير السياسات وتسهيل الاتصالات والحصول على المعلومات عبر الهيئات والمنظمات. ويوفر هذا الفائدة الإضافية المتمثلة فى مساعدة العاملين فى منظمة واحدة للنظر للمشكلة والحلول الممكنة لها من خلال منظور أوسع من النظرة المعتادة للأمور. وعند بناء الثقة والعلاقات الشخصية حول قضية واحدة، تسهل الأساليب التعاونية فى إنشاء علاقات تعاون مستقبلية حول قضايا أخرى.

توضيح (٦-٥)
خصائص المنظمات التعاونية

المنظمة	الخصائص
اللجان الاستشارية (Advisory Committees)	عادة ما تستجيب للمنظمات أو البرامج من خلال تقديم المقترحات والمساعدة الفنية.
المفوضيات (Commissions)	عادة ما تتكون من مواطنين معينين من قبل الهيئات الرسمية.
الاتحادات والأحلاف (Consortia and Alliances)	تميل إلى كونها منظمات شبه رسمية ذات عضوية وعادة ما يكون لها أهداف واسعة متعلقة بالسياسة العامة وربما تشمل مناطق جغرافية واسعة وليس أفراد.
الشبكات (Networks)	عادة ما تكون مجموعات ذات علاقة ارتباط فضفاضة تشكل بغرض الاشتراك فى الموارد والمعلومات.
فرق العمل (Task Forces)	تشكل فى غالب الأحيان لإنجاز سلسلة محددة من الأنشطة وغالباً عند طلب الهيئة المشرفة عليها.

المصدر أعيد طباعته من:
Contra Costa County Health Services Department Prevention Program, *Developing Effective Coalitions: An Eight Step Guide,* 1994.

ولا يوجد هناك قواعد موضوعة لتطوير التحالفات والاتحادات، ولكن تعتبر بعض المبادئ والأساليب مفيدة بعد اتخاذ قرار للاستفادة من الأسلوب التعاونى (توضيح ٦-٦). وقد يأتى القرار من مؤسسة رائدة يحدد بأن التحالف سوف يسهل إنجاز بعض الأهداف، أو فى بعض الحالات، يكون إنشاء التحالف أحد متطلبات الجهة الممولة. وفى حالات أخرى، ربما تكون المنظمة مطالبة من قبل قادة المجتمع أو غيرها من المؤسسات لتنظيم جهد تعاونى. وتساعد عوامل مثل الاحتياجات التى لم يتم تلبيتها والفضائح وتعطل الخدمات جميعها فى تعزيز تطوير التحالفات، وكذلك الروابط الرسمية وغير الرسمية التى توجد بين الأعضاء.

ويتوافر لمعظم التحالفات مؤسسة أو منظمة تتولى قيادة الجهود. ويجب أن يتوافر فى المؤسسة القيادية المصداقية والموارد الضرورية للتحالف حتى ينجح.

توضيح (٦-٦)

الخطوات الرئيسية للتحالفات والمنظمات التعاونية الأخرى

الخطوة (١): تحليل أهداف البرنامج وتحديد الحاجة لتشكيل تحالف.
الخطوة (٢): تجنيد الأشخاص المناسبين.
الخطوة (٣): تطوير مجموعة من الأهداف والأنشطة الأولية.
الخطوة (٤): عقد اجتماع للتحالف.
الخطوة (٥): توقع الموارد الضرورية.
الخطوة (٦): تحديد العناصر اللازمة لهيكل تنظيمي ناجح للتحالف.
الخطوة (٧): المحافظة على حيوية التحالف.
الخطوة (٨): إجراء التحسينات من خلال التقييم.

المصدر أعيد طباعته من:
Contra Costa County Health Services Department Prevention Program, *Developing Effective Coalitions: An Eight Step Guide,* 1994.

وعندما يتقرر أن التحالف هو أفضل آلية لتحقيق هدف معين، يجب تحديد الموارد اللازمة من قبل المؤسسة القيادية وأعضاء التحالف الآخرين للتأكد من كون التحالف يمثل أفضل الاستخدامات لتلك الموارد لتحقيق ذلك الهدف. ويتطلب هذا معاينة الأهداف وإستراتيجيات التنفيذ التى ربما تسهل بلوغ أهداف التحالف. ويتوافر للتحالفات مجموعة من إستراتيجيات التنفيذ التى تشمل القيام بجهود التأييد للتأثير على السياسات والقوانين التشريعية وتغيير السلوك التنظيمى وتعزيز العلاقات الشبكية وتثقيف مقدمى الخدمات وتثقيف المجتمع وزيادة المعارف والمهارات الفردية. ويجب تبنى واحدة أو أكثر من إستراتيجيات التنفيذ من قبل التحالف بناء على الكيفية التى تتناسب بها تلك الإستراتيجيات مع مواطن القوة والضعف فى التجمع السكانى.

بعد اتخاذ قرار بتشكيل تحالف، يعتبر تجنيد الأشخاص المناسبين ضرورياً لتقدم العملية. وتشتمل الأسئلة التى يجب إيجاد إجابات لها على ما إذا كانت العضوية فى التحالف سوف تتكون من الأفراد أو المنظمات، وإذا كانت العضوية تتكون من المنظمات، فمن يجب أن يمثل منظمة معينة فى التحالف. فى بعض الحالات، من المرغوب فيه أن يكون أعضاء التحالف من قادة المؤسسات، وفى حالات أخرى، ربما يمثل العاملين من المستويات الأدنى الأكثر إلماماً بالقضايا والبرامج أعضاء أفضل فى التحالف. ويتطلب حجم التحالف أيضاً عناية خاصة. وبعد اتخاذ قرارات حاسمة بشأن هذه المسائل، يتم

تطوير أهداف وخطط عمل أولية وبعد ذلك يعقد اجتماع للتحالف. عند هذه المرحلة، يجب تحديد دور المؤسسة القيادية فى رئاسة أو تزويد التحالف بالعاملين والتعرف على الموارد اللازمة وتوفيرها لتنفيذ خطة عمل التحالف. ويجب أن تحدد القرارات الأولية للتحالف العمر الزمنى المتوقع للتحالف وشروط العضوية فيه وآلية صناعة القرار والتطلعات من المشاركة عند الاجتماعات وفى أثنائها. وتعتبر اليقظة والحذر المستمران ضروريين لتحديد المشاكل فى عمليات التحالف الداخلية. وتشمل تلك المشاكل فقدان الاهتمام والمشاركة من قبل بعض الأعضاء والتوتر والصدام حول السلطة والقيادة فى التحالف وعدم وجود تمثيل للمجتمع وتسرب أعضاء التحالف. وبصفة مستمرة، ينظر أعضاء التحالف للتهديدات على استقلالية منظماتهم أو يختلفون على أولويات الخدمة أو بشكل أكثر تحديداً حول أى الأعضاء سوف يقوم بتقديم خدمات معينة. وغالباً ما يعتبر التقييم الدقيق لمواطن القوة والضعف فى التحالف مجتمعًا مع الالتزام بتحسين العملية إلى الأفضل أمراً ضرورياً للمحافظة على حيوية وتقدم حتى أفضل التحالفات.

ويبدو العديد من هذه الخطوات والقضايا واضح المعالم ومتفقًا عليه حتى يتم التعرف على تلك الخطوات فى إطار تجربة تحالف فعلية. وتتيح الأسئلة والتمارين الواردة فى نهاية هذا الفصل الفرصة لمعالجة تلك المسائل فى إطار تطوير تحالف للسيطرة على الإصابة على مستوى الولاية (توضيح ٦–٧).

توضيح (٦–٧)

تمرين على بناء تحالف

حالة دراسية:

افرض أنك مدير مركز تعزيز الصحة (Director of the Center for Health Promotion)، إحدى الوحدات التابعة للمكتب الصحى فى التجمع السكانى (Office of Community Health)، ضمن إدارة الصحة العامة لولاية جوردانيا (Jordania State (Jordania State Department of Public Health (JDPH)). ويقع مكتبك على بعد عدد قليل من المبانى الملاصقة لمبنى عاصمة الولاية الذى يقع فى قلب مدينة جاكسون سبرنجس (Jackson Springs)، عاصمة ولاية جوردانيا.

تشير البيانات إلى أن عدد الوفيات فى الولاية بسبب الإصابة مستمرة كمشكلة. وتعتبر الإصابة، وهى السبب الرئيسى الرابع للوفاة بمدلولات أعداد الوفيات، مسئولة عن سنوات العمر المحتملة الضائعة قبل عمر ٦٥ سنة أكثر من أى سبب آخر بين المقيمين فى ولاية جوردانيا فى كل سنة. وتتسم الموارد المتاحة لحكومة الولاية بالندرة المتزايدة. ولتعظيم الاستفادة من الموارد الحالية المتوافرة، استطعت إقناع مدير المؤسسة التى تتبع لها بتشكيل تحالف ضد الإصابة (Injury Coalition).

وسوف يتكون التحالف ضد الإصابة من ممثلين عن الأفراد والمنظمات العاملة فى ولاية جوردانيا

تابع – توضيح (٦–٧)

المهتمين بالسيطرة على الإصابة والتأثير على المجموعات السكانية المحتمل تضررها. مثاليًا، لن تقتصر هذه المشاركة الواسعة على خلق التنوع فى وجهات النظر فقط وإنما سوف تؤدى إلى تبنى أو الالتزام من قبل المنظمات المشاركة بأهداف المشروع حالما يتم تطوير تلك الأهداف. بناء على البيانات المقدمة حول عبء الإصابة فى ولاية جوردانيا سوف يكون دور التحالف ضد الإصابة، هو تحديد أى الفئات السكانية فى الولاية الأكثر عرضة لخطر الوفاة من الإصابات وأفضل السبل لإيصال الخدمات الوقائية لتلك الفئات. وسوف يساعد التحالف على تطوير خطة للسيطرة على الإصابة على مستوى الولاية ويضع أولويات فى المناطق الأكثر مدعاة للقلق ويحدد التدخلات المستقبلية. وتبلغ الميزانية السنوية المخصصة للتخطيط وغيره من الأنشطة ١٠٠,٠٠٠ دولار أمريكى.

ويتوافر لديك ولإدارة الصحة فى الولاية بعض الخبرة السابقة فى بناء تحالفات والعمل معها حول قضايا السيطرة على التبغ ورعاية الأمومة والطفولة. ولا يعتبر الاتصال مع النواب أمرًا سهلاً فى جميع الأحوال فى جوردانيا بسبب كل من الاعتبارات السياسية والجغرافية.

أسئلة للمناقشة (ملاحظة: بالنسبة للأسئلة التالية، أجب كما لو كانت جوردانيا الولاية التى تعيش فيها)

١– لماذا يجب تشكيل تحالف ضد الإصابة؟ من وجهة نظرك، ما المحاسن والمساوئ المحتملة المترتبة على العمل من خلال تحالف لهذا الغرض؟

٢– كيف يمكن لك ولإدارة الصحة فى الولاية الاستفادة من النجاح السابق فى العمل مع تحالفات؟

٣– ما الحجم المثالى لمثل هذا التحالف؟ ما العوامل التى يمكن أن تساعد فى تحديد الحجم؟

٤– من يمكن أن تدعو لحضور اجتماعات التحالف؟ كيف يمكن لك أن تقوم بتجنيد الأعضاء؟ ما الحقائق الأخرى الذى يجب أخذها فى الاعتبار عند التخطيط لعضوية التحالف؟ هل يجب أن يكون الأعضاء ممثلين لمنظمات أو أن يشاركوا على أساس مواقعهم القيادية فى حقولهم؟

٥– هل يوجد هناك منظمات لا ترغب فى أن يكون لها تمثيل فى التحالف؟

٦– بافتراض أنك قد اتخذت قراراً بتشكيل مثل هذا التحالف، من يجب أن يكون مسئولاً عن هذا التحالف؟

٧– هل ستختار عاملين فى إدارة الصحة العامة لولاية جوردانيا للعمل أعضاءً فى التحالف؟ لماذا أو لماذا لا؟

٨– ما السلطات والصلاحيات التى يجب أن تمنح للتحالف؟ كيف يمكن صناعة القرار داخل التحالف؟ ما المزايا والعيوب المرتبطة بالأساليب المختلفة لصناعة القرار؟

٩– ما العوامل الجغرافية الخاصة بولاية جوردانيا التى يجب أخذها فى الاعتبار عند التخطيط لاجتماعات التحالف؟

١٠– ماذا تتوقع أن تكون التكاليف الرئيسية للتحالف؟ كيف يمكن خفض تلك التكاليف؟

١١– كيف يمكن تقييم فعالية التحالف؟

المصدر بتصرف من:

Translating Science into Practice, 1991, CDC Case Study.

الموارد المعلوماتية:

بالإضافة للموارد البشرية والتنظيمية والتعاونية، تمثل المعلومات والحصول عليها عناصر مهمة للبنية التحتية للصحة العامة. وتشمل الموارد المعلوماتية التى تدعم ممارسة الصحة العامة كلاً من الأساس العلمى للصحة العامة وشبكة البيانات والمعلومات اللازمة لتقييم ومعالجة المشاكل الصحية. وإلى حد كبير فإن قاعدة المعارف هذه موضحة فى قدرات المشتغلين بالصحة العامة المقدمة فى النقاش حول القوى العاملة فى الصحة العامة. وتشمل عناصر من علوم الصحة العامة التى تتضمن علم الأوبئة والإحصاءات الحيوية وعلوم صحة البيئة والإدارة الصحية والعلوم السلوكية. وتسهم قاعدة المعارف تلك فى تطوير القدرات عبر نطاق واسع من المهارات التحليلية ومهارات الاتصال وتطوير السياسات والتخطيط والمهارات الثقافية ومهارات علم الصحة العامة الأساسى والمهارات الإدارية. وعلى الرغم من أن قاعدة المعارف تلك تتوافر من خلال مستوى التعليم العالى فى الصحة العامة، فإنه يمكن الحصول عليها أيضاً من خلال الفرص التعليمية والتدريبية والتطبيقية الأخرى.

وتعتبر الموارد المعلوماتية اللازمة لأداء أنشطة الصحة العامة وفيرة ويمكن الحصول عليها على نحو متزايد. ويلقى توضيح (٦-٨) الضوء على العديد من المبادئ المهمة[٢٠] التى تشكل الأساس للاستخدام الفعال لقواعد المعلومات فى الصحة العامة. وتخلق الحاجة لضمان كل من المرونة والتناسق فى نظم المعلومات توتراً غير قابلٍ للحل بشكل دائم. إضافة إلى ذلك يوجد هناك فئتان عامتان من قواعد البيانات تصادف على نحو شائع فى ممارسة الصحة العامة. ومن الأهمية ملاحظة الاختلافات بينهما على الرغم من وجود قيمة عظيمة فى استخدام كلتا الفئتين فى الجهود المبذولة لتحديد ومعالجة المشاكل الصحية.

وتشمل إحدى الفئات بيانات مبنية على الخدمة أو الاتصال (service- or en-counter-based data) والتى يتم جمعها لأغراض متعددة مثل التعويض المالى والأهلية وتقييم الرعاية. وتعتبر قواعد البيانات هذه شائعة فى البرامج التى تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية أو العرضية وخدمات التغذية للنساء والرضع والأطفال والصحة النفسية وعلاج الإدمان وغيرها من الخدمات المتعددة. وتجمع المعلومات عن المستفيدين من هذه الخدمات بصورة فردية والتى ربما تشمل خدمات وقائية إكلينيكية مهمة مثل التحصينات أو اختبارات الكشف عن السرطان. وتوفر البيانات المجتمعة من الاتصالات الخدمية معلومات مفيدة عن الاحتياجات الصحية والحالة الصحية للسكان، وتشمل تغطية البرنامج

ومعدلات الوصول إلى الفئات السكانية المستهدفة (penetration rates). ولكن المجموعة السكانية هنا تقتصر على أولئك الذين يسعون للحصول على الخدمات وربما لا تكون ممثلة لمجموع السكان.

توضيح (٦–٨)
مبادئ معلومات الصحة العامة

١– ملاحظة الأنواع المختلفة للبيانات: البيانات المبنية على الاتصال (encounter-based data) المتوافرة عن الأفراد عند اتصالهم بمقدمي الخدمة والبيانات الشاملة عن المجموعات السكانية المتوافرة من المسوحات وأنظمة مراقبة البيئة.

٢– الاعتماد على الإدارة الموحدة لتحسين تلبية الاحتياجات الفردية وللوصف الكامل للمشاركة الفردية فى عدة برامج تصنيفية.

٣– المحافظة على توجه خدمى لمعالجة المسائل الملحة لنظم المعلومات فى الصحة العامة.

٤– ضمان قدر من المرونة للتأقلم مع الاختلافات فى موارد جمع البيانات على المستوى المحلى وفى نفس الوقت تلبية الاحتياجات للبيانات لدعم نطاق واسع من برامج وأهداف الصحة العامة.

٥– تحقيق انسجام النظام للسماح لتدفق البيانات والعمل عبر الأنظمة على نحو متكامل الاتساق.

٦– حماية السرية لتوفير خدمة أفضل وللمحافظة على الخصوصية.

المصدر أعيد طباعته من:
J. R. Lumpkin, Six Principles of Public Health Information. *Journal of Public Health Management and Practice,* Vol. 1, No. 1, pp. 40-42, (1995, Aspen Publishers, Inc.

وتصف الفئة الأخرى من قواعد البيانات الفئات السكانية بدلاً من الأفراد. وتشمل الأمثلة العديد من المسوحات الاتحادية حول الحالة الصحية واستخدام الخدمات بالإضافة إلى المسوحات حول العوامل السلوكية المنشئة للخطر بين السكان والتى تجمع المعلومات من عينات سكانية (مكونة من استجابات فردية) ممثلة لجميع السكان. وبالنسبة لقواعد البيانات هذه يتم وصف السكان من خلال استخدام أساليب العينات، فى حين ترصد قواعد البيانات الأخرى معلومات عن أحداث ونتائج صحية معينة لفئة سكانية محددة مثل سجلات الإصابة بالسرطان ونظم السجلات الحيوية. حيث تجمع هذه البيانات عن الأفراد

ومن ثم تجمع بالمقارنة بفئة سكانية مرجعية، غالبًا ما تكون مستمدة من معلومات إحصائية رسمية للسكان (على سبيل المثال، معدل الحالات التى تم تشخيصها حديثًا لسرطان الرئة بين النساء فى الفئة العمرية ٤٥-٦٤ فى ولاية ما). وتمثل قواعد البيانات التى تصف أخطارًا أو مصادر خطر شائعة بالنسبة لفئة سكانية معينة مثل بيانات المراقبة البيئية، شكلاً آخر للبيانات المبنية على مجموع السكان (population-based services).

وتبدو جوانب القصور فى نظم المعلومات المبنية على الاتصال (encounter-based information) واضحة عندما يشارك الأفراد فى أكثر من برنامج خدمى. حيث قد يتوافر لبرنامج رعاية ما قبل الولادة نظام المعلومات الخاص به كما قد يتوافر لبرنامج رعاية الأمومة والرضع والأطفال الذى يخدم نفس الشخص نظام آخر بالإضافة إلى وجود نظام آخر أيضًا تابع للبرنامج الرئيسى للكشف عن المرض. وقد يتوافر لبرنامج الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى أنظمة منفصلة للأمراض العامة المنتقلة عن طريق العدوى وللإصابات بفيروس مرض نقص المناعة المكتسب (HIV) وللدرن وللأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسى. وبالإضافة لنظم المعلومات الصحية هذه، قد يتلقى الفرد أيضًا خدمات من مؤسسات أخرى للصحة النفسية وإدمان المواد المخدرة والعنف العائلى ونظام الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين. وعادة ما تكون نظم المعلومات محددة بمشكلة معينة فى حين يكون لدى الأفراد بصفة عامة مشاكل متعددة. ويعتبر توحيد نظم المعلومات عبر جميع أنواع البرامج والحاجات الإنسانية الخدمية ضروريًا لكل من تعزيز الكفاية فى البرامج ولتوصيف الحالة والاحتياجات الصحية للأفراد والسكان.

وعلى وجه الخصوص، يمكن أن تكون القضايا المتعلقة بالسرية صعبة المعالجة فى نظم المعلومات. ويجب أن تجعل قوانين الولايات الخاصة بجمع الإحصاءات الصحية والمشاركة فيها وسريتها من التعرف على هوية الأفراد أمرًا مستحيلاً إلا فى حالة الحصول على موافقتهم. كما يجب أن يسمح بإفشاء المحددات الشخصية إلى جهة حكومية أو مشروع بحثى فقط يتوافر لديها اتفاقية مكتوبة لحماية سرية المعلومات أو لجهة حكومية لغرض إجراء تدقيق رسمى أو تقييم أو إجراء تحقيق عن المؤسسة.

المعلومات والأساليب التحليلية:

توسعت قدرة نظام الصحة العامة على استخدام المعلومات توسُّعًا أكثر فعالية خلال القرن العشرين. وقد حدثت تطورات فى كل من تصميم الدراسات وفى المسوحات

الصحية الدورية القياسية. وتطورت طرق جمع البيانات من المقاييس البسيطة لمعدلات انتشار المرض مثل المسوحات الميدانية إلى الدراسات المعقدة من التحليلات الدقيقة مثل دراسات مقارنة الحالة بالعينة الضابطة (case-control studies) ودراسات المجموعات المتجانسة (cohort studies) والتجارب الإكلينيكية العشوائية (randomized clinical trails). وقد أجريت أول دراسة طويلة الأجل لمجموعة متجانسة ذات تصميم جيد فى عام ١٩٤٧م بين ٢٨,٠٠٠ من سكان مدينة فرامنجهام فى ولاية ماساشويست (Framing-ham, Massachusetts) حيث تطوع العديد منهم بحيث تتم متابعتهم عبر الوقت لتحديد معدل الإصابة بأمراض القلب. وقد أصبحت دراسة فرامنجهام للقلب (Framingham Heart Study) نموذجًا لدراسات المجموعة المتجانسة طويلة الأجل الأخرى مؤدية بذلك إلى زيادة فهم العوامل العديدة المنشئة للخطر التى تسهم فى حدوث المرض. وبدأ تاريخ التجارب الإكلينيكية (clinical trials) الحديثة فى عام ١٩٤٨م بدراسة علاج الستربتوميسين (streptomycin) الخاص بالدرن. وشملت هذه الدراسة توزيعًا عشوائيًا ومعايير للدخول فى التجربة ومعايير للتقييم محددة سلفًا واعتبارات أخلاقية. وفى عام ١٩٥٠م تم التوصل إلى أولى الدلائل المقنعة التى تثبت العلاقة بين سرطان الرئة واستخدام التبغ من خلال دراسة مقارنة الحالة بالعينة الضابطة، مضيفة المصداقية لهذا النوع المهم من تصميم الدراسة. وفيما بعد، مكنت الاختبارات الإحصائية عالية القوة (high-powered statistical tests) و برامج الحاسب الآلى التحليلية من قياس عوامل متعددة جمعت عن طريق دراسات واسعة النطاق ومن تطوير أدوات للنمذجة الرياضية (mathematical modeling). كما أسهمت التطورات فى علم الأوبئة فى توضيح العوامل المنشئة للخطر لأمراض القلب وغيرها من الأمراض المزمنة وفى تطوير تدخلات فعالة.

وقد بدأت أولى المسوحات الصحية الدورية المقننة فى الولايات المتحدة فى عام ١٩٢١م. وتم إجراء أولى المسوحات الصحية الوطنية بين سكان الولايات المتحدة فى عام ١٩٣٥م. وفى عام ١٩٥٦م تمخضت تلك الجهود عن المسح الصحى الوطنى (National Health Survey)، وهو عبارة عن مسح للسكان نشأ عن التركيز على الأمراض المزمنة لتقدير معدل انتشار الأسباب الرئيسية للوفاة ولقياس عبء الأمراض المعدية وتقييم حجم التعرض للمسممات البيئية وقياس مستوى تغطية السكان من التحصينات. ومن أمثلة المسوحات السكانية الأخرى التى تم تطويرها لتقييم العوامل المنشئة لخطر الأمراض

المزمنة وغيرها من الحالات نظام مراقبة العوامل السلوكية المنشئة للخطر (Behavioral Risk Factor Surveillance System) ومسح السلوك الخطر لدى الشباب (Youth Risk Behavior Survey) والمسح الوطني لنمو العائلة (National Survey of Fami-ly Growth). وقد تعززت أساليب المسح المستخدمة في الدراسات الوبائية نتيجة للأساليب الجديدة في أخذ العينات وإجراء المقابلات التي تم تطويرها من قبل علماء الاجتماع والإحصائيين.

المعلومات ووظيفة التقييم فى الصحة العامة:

توجه المعلومات وظيفة التقييم فى الصحة العامة من خلال ثلاثة جوانب على الأقل. أولاً، توظف مؤسسات الصحة العامة على نحو شائع بيانات المراقبة لمتابعة الحالة الصحية والاتجاهات في المجتمع ولتحديد الأخطار الصحية الجديدة أو مصادرها. ثانيًا، بعد تحديد الاحتياجات والمشاكل الصحية تصبح المعلومات مطلوبة حول موارد المجتمع المتاحة لتلبية ومعالجة تلك الاحتياجات والمشاكل ولتقييم فعالية تلك الموارد. ثالثًا، يجب أن تتلاءم المعلومات المستمدة من تقييمات الاحتياجات الصحية والجهود الحالية لاحتياجات صانعي السياسة لتسهيل إيجاد تدخلات أكثر فاعلية[٢١]. ويبين توضيح (٦-٩) مصادر البيانات الخاصة بتلك الجوانب الثلاثة لوظيفة التقييم. ويبين هذا التوضيح أن المعلومات تعتبر مصدرًا مستخدمًا على نطاق واسع فى ممارسة الصحة العامة فى تطبيقات تشمل المراقبة وعمليات التخطيط واختيار التدخلات المؤسسة علميًا والاتصالات الصحية.

توضيح (٦-٩)

مجموعات البيانات والأنشطة المرتبطة بالجوانب الثلاثة لعملية التقييم

أولاً: مراقبة الحالة الصحية والعوامل المنشئة للخطر:

أ- الحالة الصحية:

١- الوفاة:

أ) الإحصاءات الحيوية.

ب) تقارير المحققين فى أسباب الوفيات المشتبه فيها والأطباء الشرعيين.

ج) مراجعات وفيات حديثي الولادة.

٢- الإصابة والأضرار والحالات المؤدية للعجز:

أ) الأمراض التي يجب التبليغ عنها.

ب) سجلات الخروج من المستشفى.

تابع – توضيح (٦–٩):

ج) مكاتب تسجيل الأمراض (مثل السرطان والإصابات الناجمة عن الحوادث).

د) مسوحات المقابلة الشخصية الصحية.

هـ) اختبارات فحص المواليد الجدد.

ب– العوامل المنشئة للخطر:

١– العوامل المنشئة للخطر المعروفة:

أ) تقديرات الخطر الصحى.

ب) مسوحات العوامل السلوكية المنشئة للخطر.

ج) مسوحات المعارف والاتجاهات.

د) مسوحات استخدام الرعاية الصحية.

هـ) الاختبارات المعملية.

و) المقاييس البيئية.

ز) التاريخ العائلى.

ح) الفحوصات السريرية.

٢– العوامل المنشئة للخطر غير المعروفة (جدول عمل بحثى):

أ) دراسات المجتمع.

ب) التجارب الإكلينيكية.

ج) البحث فى مجال العلوم الأساسية (مثل رسم خريطة الجين).

ثانيًا: تحديد وتقييم الموارد:

أ– أنواع الموارد:

١– الموارد الصحية:

أ) المرافق الصحية.

ب) المهنيون الصحيون.

ج) الأدوية والتحصينات.

د) أنظمة المواصلات الإسعافية الطبية.

٢– الموارد الأخرى:

أ) برامج الإصحاح.

ب) البرامج التثقيفية.

ج) خطط مواجهة الكوارث.

د) الخدمات الاستشارية.

ب– تقييم الموارد:

١– توافر الموارد:

أ) القرب الجغرافى (proximity).

تابع - توضيح (٦-٩):

ب) إمكانية الوصول إلى الموارد (accessibility).
ج) إمكانية توفير الموارد (affordability).
د) القبول (acceptability).
هـ) الملاءمة (appropriateness).
٢- فعالية الموارد:
أ) حجم السكان ذوى الاحتياجات.
ب) نسبة السكان الذين تم الوصول إليهم بواسطة البرامج.
ج) فعالية البرامج الحالية.
د) تكلفة توفير البرنامج.
هـ) تكلفة كل وحدة من النتائج.
و) تكلفة توفير نسبة معينة من الاحتياجات التى لم يتم تلبيتها.
ز) تقييم الطرق البديلة لتوفير الاحتياجات التى لم يتم تلبيتها.

ثالثاً: إعلام المديرين وصانعى السياسة وعامة الناس وتقديم النصح لهم:
أ- تلخيص البيانات ببساطة وبصورة مباشرة.
ب- تكييف البيانات وفق حاجة المستفيدين.
ت- توفير المعلومات القادرة على الإجابة عن الأسئلة المطروحة.
ث- تثقيف من يقومون بطرح الأسئلة.

المصدر أعيد طباعته من:
K.G. Keppel and M.A. Friedman, What is Assessment? , *Journal of Public Health Management and Practice,* Vol. 1, No. 2, pp1-7, ©1995, Aspen Publishers, Inc.

المعلومات والرقابة:

تقوم أنشطة الرقابة (surveillance) فى الصحة العامة بمراقبة الحالة الصحية والعوامل المنشئة للخطر فى المجتمع. وعلى الرغم من أن مجموعات البيانات الرقابية قد أصبحت أكثر تطوراً وقابلية للوصول إليها فى السنوات الأخيرة، إلا أن أكثر الاعتبارات أهمية لإيجادها تتعلق بالسبب والكيفية التى سوف تستخدم بها. ويعود تاريخ أول تجميع للإحصاءات الصحية إلى الجهد الذى قام به جون جرانت (John Graunt) فى إنجلترا فى منتصف القرن السابع عشر.

وتستفيد البيانات الصحية في الولايات المتحدة من وجود تعداد وطني للسكان كل عشر سنوات، وذلك على الرغم من أن تعداد السكان المنجز كل عشر سنوات قد تأسس في الأصل لضمان التمثيل العادل في الكونجرس (Congress) وليس ليكون مصدراً للمعلومات الصحية أو حتى الديموغرافية عن السكان. وقد أجريت أول مراقبة للمرض على المستوى الوطني في عام ١٨٥٠م عندما بدأت الحكومة الفيدرالية بأول نشر لإحصائيات الوفاة المبنية على تسجيل الوفيات. وفي أواخر القرن التاسع عشر، منح الكونجرس الأمريكي صلاحية جمع تقارير الإصابة عن الكوليرا والجدري والطاعون والحمى الصفراء لكي تستخدم في إجراءات الحجر الصحي كما وفر التمويل اللازم لعملية التقرير الأسبوعية من قبل سلطات الولايات والمحليات. وقد ظهر أول ملخص سنوي عن الأمراض المطلوب التبليغ عنها في عام ١٩١٢م متضمناً تقارير عن ١٠ أمراض من ١٩ ولاية إضافة إلى مقاطعة كولومبيا (District of Colombia) وهاواي (Hawaii). وبحلول عام ١٩٢٨م، قامت جميع الولايات برفع تقارير عن ٢٩ مرضاً. في عام ١٩٥٠م، منح مسئولي الصحة في الولايات والمقاطعات مجلس علماء الأوبئة في المقاطعات والولايات (Council of State and Territorial Epidemiologists (CSTE)) الصلاحية لتحديد أي الأمراض يجب أن يتم رفع تقارير عنها إلى مصلحة الصحة العامة الأمريكية (U.S. Public Health Service (PHS)). وقد تولت مراكز السيطرة والوقاية من المرض (CDC) المسئولية عن جمع ونشر البيانات الوطنية عن الأمراض المطلوب التبليغ عنها في عام ١٩٦١م. حتى عام ١٩٩٨م، بلغ عدد الأمراض المعدية المطلوب التبليغ عنها على المستوى الوطني ٥٢ مرضاً.

ويتوافر العديد من مصادر البيانات للرقابة الوبائية[٢٢]. وتتراوح هذه البيانات من مجموعات البيانات المعروفة مثل سجلات المواليد والوفيات إلى المصادر الأقل شهرة مثل تقارير التغيب عن المدرسة والعمل. وتتوافر معلومات مشابهة لمراقبة الأخطار البيئية الصحية[٢٣]. وتتم إدارة عدد من مصادر البيانات من خلال المركز الوطني للإحصاءات الصحية (National Center for Health Statistics) التابع لمراكز السيطرة والوقاية من المرض والذي يحتفظ بأنظمة لما يلي:

- الإحصاءات الحيوية (المواليد والوفيات ووفيات الأجنة وحالات الإجهاض المستحثة (induced abortions) وحالات الزواج والطلاق ومسوحات المتابعة اللاحقة لجمع معلومات إضافية).

- مسوحات المقابلة الشخصية الصحية الوطنية (National Health Interview Surveys) حجم وانتشار وآثار المرض والعجز باستخدام عينة عشوائية احتمالية متعددة المراحل (multistage probability sample).
- المسح الوطنى لاستخدام وتكلفة الرعاية الطبية (National Medical Care, Utilization and Expenditure Survey) استخدام وتكاليف الخدمات الصحية الذى أجرى فى عام ١٩٨٠م ولكن لم يتم إجراؤه منذ ذلك الحين.
- المسح الوطنى للرعاية الطبية الإسعافية (National Ambulatory Medical Care Survey) موقع وبيئة وتكرار اتصالات الرعاية الإسعافية).
- المسح الوطنى للفحص الصحى والغذائى (National Health and Nutrition Examination Survey) بيانات بدنية ونفسية وحيوية كيمائية من عينة وطنية).
- المسح الوطنى للخروج من المستشفى (National Hospital Discharge Survey) خصائص المرضى وطول مدة الإقامة والتشخيصات والإجراءات وأنماط الاستخدام من قبل المريض حسب نوع المستشفى).

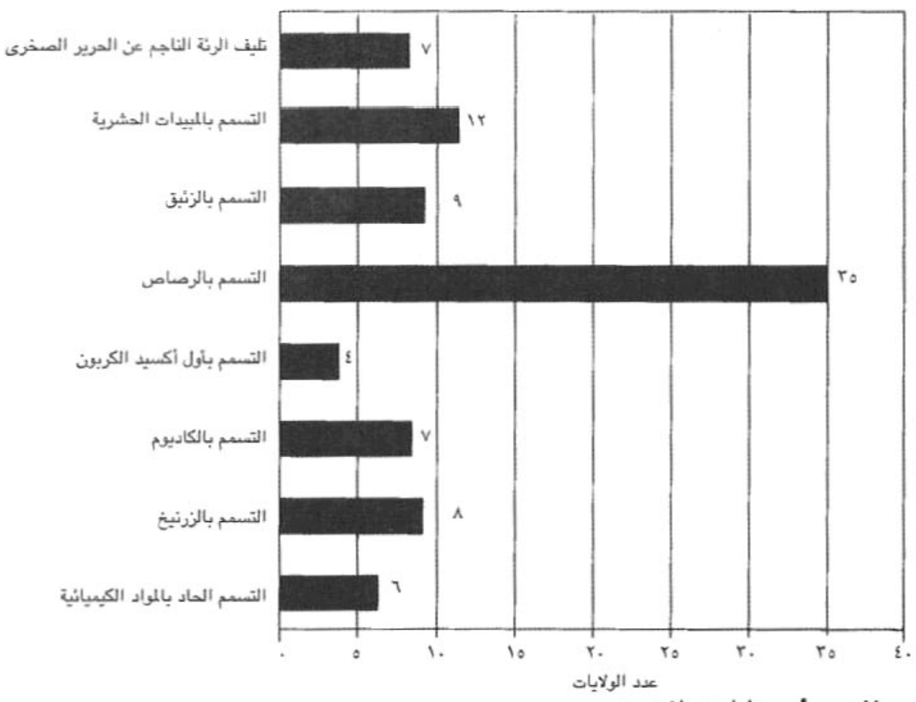
تعتبر المراقبة أو الإشراف عملية متعددة الجوانب لكون المعلومات تجمع على مستويات مختلفة. وتوضح معلومات المراقبة المستخدمة فى تطبيقات الصحة العامة البيئية هذه النقطة. ولأى عامل (agent) بيئى يمكن اعتباره مصدراً للخطر، تستطيع جهود المراقبة أن تقيس آثاره فى مراحل متعددة من سلسلة السببية (chain of causation) الخاصة به. على سبيل المثال، يمكن تقييم وجود العامل فى البيئة وقياس الطريق الذى يسلكه ليعرض للخطر (route of exposure) من خلال جهود المراقبة التى يمكن اعتبارها بمنزلة مراقبة الخطر (hazard surveillance). وأبعد من مراقبة الخطر، تستطيع مراقبة العرضة للخطر أن تتابع تعرضات فعلية بين العامل (agent) والمضيف (host) والتكرار الذى يستطيع به العامل الوصول إلى الأنسجة التى يستهدفها والآثار السلبية المبكرة التى يحدثها. إضافة إلى ذلك، تستطيع مراقبة النتائج قياس الآثار السلبية الفعلية بعد أن تصبح تلك الآثار ظاهرة إكلينيكيًا. وتوفر هذه المستويات الثلاثة من أنشطة المراقبة مجتمعة صورة أكثر اكتمالاً للمشكلة وتسمح بإستراتيجية أكثر عقلانية للسيطرة عليها ولتقييم ما إذا كانت إستراتيجيات السيطرة تعمل أم لا.

هناك تفاوت كبير فى قدرة المؤسسات الصحية فى الولايات والمحليات على امتلاك واستخدام معلومات المراقبة. حيث يستخدم أكثر من ثلثى الولايات الخمسين أنظمة

مراقبة لمتابعة التسمم بالرصاص ولكن يوجد لدى أقل من ٢٥٪ من الولايات أنظمة لمراقبة الأمراض البيئية الموضوعة تحت المراقبة[٢٤] والموضحة فى شكل (٦-٢). كما تتفاوت إدارات الصحة المحلية بشكل كبير أيضًا فيما يتعلق بالاحتفاظ ببيانات مراقبة عن المشاكل الصحية الشائعة. وتحتفظ أكثر من ٨٠٪ من إدارات الصحة المحلية ببيانات مراقبة عن الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى ولكن أقل من نصف تلك الإدارات تتابع جودة المياه وجودة الهواء والأمراض المزمنة والعوامل السلوكية المنشأة للخطر أو الإصابات (شكل ٦-٣).

شكل (٦-٢)

ولايات يوجد بها أنظمة رقابة لمتابعة الأمراض البيئية الخاضعة للمراقبة، ١٩٩٣م



المصدر أعيد طباعته بإذن من:

States Reports Minimal Efforts to Track Environmental Diseases, *Public Health Macroview,* Vol. 7, No. 1, Public Health Foundation.

ومعظم مجموعات البيانات غير كاملة كما أنها ليست دقيقة أيضًا. حيث يوجد فى كل منها مشاكل متعلقة بدرجة اكتمالها ودقتها وتوقيتها. وعلى سبيل المثال، تقلل المعلومات الرئيسية المبنية على المقام (denominator information) والمتوافرة عن طريق

التعدادات السكانية من أعداد المجموعات السكانية الفرعية المهمة والتى عادة ما تكون أكثر عرضة لخطر الآثار الصحية السلبية. وحتى سجلات المواليد والوفيات التى دائمًا ما تعتبر أكثر مجموعات البيانات اكتمالاً تحتوى على بعض عناصر البيانات المهمة التى تعانى قلةً فى التبليغ عنها أو عدم الدقة فى تسجيلها وتشمل سلوكيات الأمهات ومدة الحمل والتشوهات الخلقية فى حديثى الولادة. كما تعانى سجلات الوفيات أيضًا تنوعًا فى تحديد سبب الوفاة، وخاصةً، فى تحديد الأسباب الحقيقية الكامنة مثل التبغ والكحول.

وتمثل الإحصاءات الحيوية مثالاً آخر على سياسة صحية فيدرالية يتم تفعيلها من خلال الولايات. ولا يوجد تكليف إلزامى على المستوى الوطنى للتبليغ المتماثل أو المتسق عن المواليد والوفيات. ولكن من خلال الجهود التطوعية والتعاونية من قبل الولايات تم تطبيق نموذج وطنى لتلك السجلات من قبل الولايات والمحليات نتج جزئيًا عن المنح الفيدرالية فى سبيل خلق نظام وطنى تعاونى للإحصاءات الصحية.

ولقد تحسن الحصول على المعلومات والبيانات للأغراض الرقابية على نحو مستمر نتيجة للتطور التكنولوجى فى مجال الإدارة والتحويل الإلكترونى. وبحلول عام ٢٠٠٠م أصبحت التقارير المشتملة على مزيج من النصوص والجداول والأشكال متوافرة من خلال عدد متزايد من المصادر الاتحادية والولايات عبر وسائل إلكترونية متنوعة: الهاتف والفاكس والأقراص المضغوطة (CD-ROM) والأقراص المرنة (diskettes) والمودم (modem) والإنترنت[٢٥]. وعلى نحو متزايد، تستخدم الأنظمة الإلكترونية فى أنشطة المراقبة المستمرة لمؤسسات الصحة العامة الاتحادية وفى الولايات والمحليات. وتشمل تلك الأنظمة ما يلى:

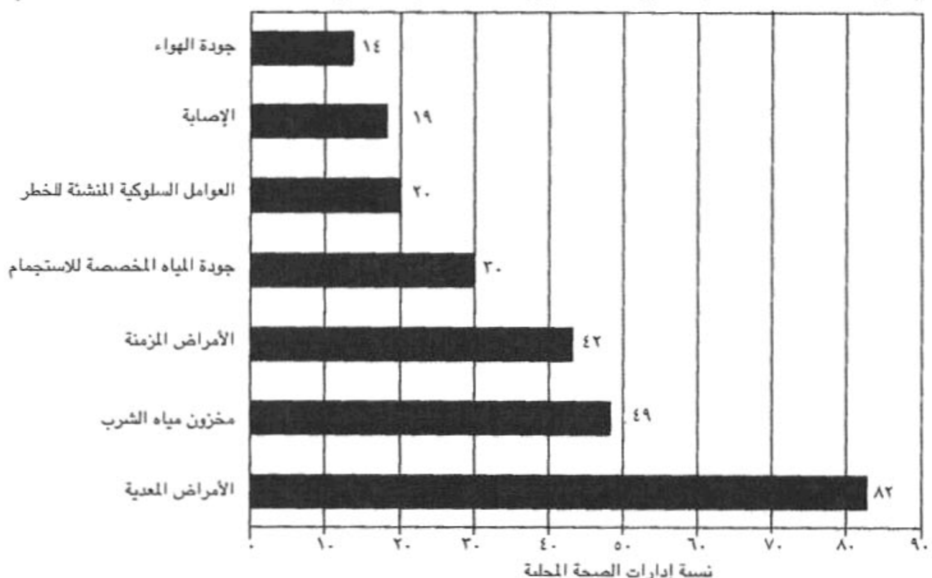
- النظام الوطنى للاتصالات الإلكترونية للمراقبة (National Electronic Tele-communications System for Surveillance (NETSS)) والذى يستخدم لجمع وإرسال وتحليل التقارير الأسبوعية عن الأمراض المطلوب التبليغ عنها من المؤسسات الصحية العاملة فى الولايات والمحليات. ويرسل النظام تقارير عن مجموعة شائعة من الأمراض مستخدمًا إجراءات قياسية لتشكيل البيانات وإرسالها وتعريفات قياسية للحالة وتصميم شائع للسجل وأفراد محددين لتولى مسئولية إرسال التقارير من كل مؤسسة.
- نظام التقرير الخاص بفيروس مرض نقص المناعة المكتسب والإيدز (HIV/AIDS Re-porting System) والذى يجمع معلومات ديموغرافية ومعلومات عن خطر الإصابة ومعلومات إكلينيكية عن الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم إما بالإيدز أو بفيروس مرض نقص المناعة المكتسب. ومنذ عام ١٩٨٥م، قامت مراكز السيطرة والوقاية من

المرض بتزويد مؤسسات الصحة فى الولايات والمحليات بنماذج قياسية للتقرير عن الحالة وببرامج حاسب آلى متخصصة لإدارة جهود مراقبة فيروس مرض نقص المناعة المكتسب والإيدز فى المناطق التى تعمل بها تلك المؤسسات.

- نظام الصحة العامة للمعلومات المعملية (Public Health Laboratory Information System) والذى يرسل تقارير معملية منفصلة لمراكز السيطرة والوقاية من المرض بغرض تخفيف العبء عن مختبرات الولايات الناتج عن الكم الهائل من الورق ولتسهيل عملية تحديد المنطقة الجغرافية التى يتركز فيها المرض، ولتزويد الولايات بالقدرة على الوصول للبيانات بشكل أفضل، ولخفض المدة الزمنية التى تفصل بين تحديد الحالة وإرسال تقرير عنها لمراكز السيطرة والوقاية من المرض.
- أعجوبة مراكز السيطرة والوقاية من المرض (CDC WONDER) والذى يستخدم أيضا كوسيلة لإرسال ملفات المراقبة من قبل عدد من أنظمة المراقبة التابعة لمراكز السيطرة والوقاية من المرض.

شكل (٦-٣)

إدارات الصحة المحلية التى تحتفظ ببيانات مراقبة حسب فئات مختارة، ١٩٩٢-١٩٩٣م



المصدر أعيد طباعته من:

National Association of County and City Health Officials, the Centers for Disease Control and Prevention, *Profile of Local Health Departments, 1992-1993, 1995,* Washington, D.C.

المعلومات والتخطيط:

على الرغم من الأنماط العديدة للتخطيط، إلا أن كل نمط منها يعتمد بشكل كبير على مصادر المعلومات. وفى الصحة العامة، توظف معلومات التخطيط على نحو واسع لأغراض التخطيط الصحى فى المجتمع والتخطيط الإستراتيجى والتشغيلى على مستوى المؤسسة ولتخطيط وإدارة البرنامج.

ويعتبر دور التخطيط الصحى فى المجتمع دوراً جديداً بالنسبة للعديد من مؤسسات الصحة العامة الحكومية المحلية. من منتصف الستينيات الميلادية وحتى منتصف الثمانينيات الميلادية، كان التخطيط الصحى للمجتمع يتم من خلال برنامج وطنى لمؤسسات التخطيط فى الولايات والمحليات. وقد وضع كل من قانون التخطيط الصحى الشامل (Comprehensive Health Planning Act) الصادر فى عام ١٩٦٦م والقانون الوطنى للتخطيط الصحى وتطوير الموارد (National Health Planning and Resource Development Act) الصادر فى عام ١٩٧٤م إطاراً لتلك الهياكل والأنشطة. وعلى مستوى الولاية، تقوم إدارات الصحة فى الولايات بصفة عامة بتنسيق عملية تطوير الخطط الصحية الخاصة بالولايات جزئيًا من خلال استحداث الخطط الصحية المحلية. وقد تم تطوير تلك الخطط المحلية من قبل هيئات تعرف بمؤسسات النظم الصحية (Health Systems Agencies (HSAs)) والتى يتمثل دورها فى تنظيم مشاركة المجتمع فى تطوير وتنفيذ الخطط المحلية. وقد ركز هذا النمط من التخطيط وبشكل كبير على الموارد فى النظام الصحى مقيماً مدى توافر المرافق والقوى العاملة الصحية وخدمات معينة. وفى حالة شح الموارد، يتم إعداد الخطط الرامية لزيادتها. وفى حالة انخفاض استخدام الموارد، سعت الخطط لزيادة الطلب عليها. وعندما أصبح المستهلكون يشكلون الأغلبية فى مجالس التخطيط على مستوى الولاية وعلى المستوى المحلى، كان التركيز على تخطيط الموارد بدلاً من التخطيط المبنى على الاحتياجات.

وقد أدى تركيزها الكبير على الموارد وعدم قدرتها على إحداث التغيير والاستياء الشائع بين مقدمى الخدمات من سيطرة المستهلكين على عمليات التخطيط إلى اضمحلال الدعم السياسى لتلك الجهود وإلى إلغاء البرنامج الفيدرالى. وبعد ذلك بوقت قصير جداً، اختفت أيضًا معظم مؤسسات التخطيط الصحى المحلية تاركة فراغًا كبيراً. ومع بعض الاستثناءات القليلة، لم تكن مؤسسات الصحة العامة المحلية منشغلة على نحو وثيق بالتخطيط الصحى فى المجتمع وبالتالى واجهت صعوبة فى ملء الفرا غ الذى أحدثه غياب

مؤسسات التخطيط الصحى المحلية. وغالبًا ما كانت إدارات الصحة المحلية تفتقر إلى العاملين من ذوى المهارات والخبرات اللازمة للتخطيط الصحى فى المجتمع. كما أن العديد من مصادر المعلومات كانت توجد فى مستويات حكومية بعيدة عن نطاق سيطرتها المباشرة. وببساطة، لم تكن إدارات الصحة المحلية تنظر إلى التخطيط الصحى على أساس أنه جزء من الوصف الوظيفى الخاص بها فى وقت كان الطلب لخدمة غير المؤمن عليهم صحيًا والمصابين بوباء الإيدز على أبوابها. وأسهمت هذه العوامل فى الحاجة إلى تطوير أدوات مثل بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة والأسلوب المخطط للصحة فى المجتمع والمواصفات النموذجية وسلسلة من المبادرات الوطنية للناس الأصحاء التى تم وصفها فى الفصول السابقة من هذا الكتاب.

وقد شجع إطار تخطيط الأهداف الخاصة بالناس الأصحاء للعام ٢٠٠٠م الولايات إلى تطوير خطط صحية أكثر انسجامًا للولايات. حيث تستخدم معظم الولايات معايير مستمدة من برنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠٠٠م. ولكن هذا يعنى أيضًا أن الولايات قد كررت انعدام التركيز على قضايا الصحة النفسية وتعاطى المواد المخدرة والصحة البيئية والصحة فى بيئة العمل التى ميزت برنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠٠٠م. وفى بعض الولايات، تمت معالجة تلك الأهداف فى عمليات تخطيط منفصلة أو أنها لم تعالج على الإطلاق. وقد وجدت الولايات بأن البيانات الأساسية تعتبر متوافرة بوجه عام من جهود التخطيط فى الولاية المتصلة ببرنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠٠٠م، ولكن الولايات وجدت أيضًا أن مثل تلك البيانات غير متوافرة على مستوى الإقليم أو المدينة. وقد اعتمدت جهود التخطيط بشكل كبير على السجلات الحيوية وبشكل أقل على بيانات العوامل السلوكية المنشئة للخطر وبيانات الأمراض المطلوب التبليغ عنها. كما استخدمت، ولكن بشكل غير شائع، مصادر مثل مسوحات سلوك الشباب وبيانات الخروج من المستشفى وبيانات الإصابة مثل تلك الموضحة فى جدول (٦-٣) فى عمليات التخطيط فى الولايات خلال أوائل التسعينيات الميلادية. ولكن هذا الوضع تحسن تدريجيًا نتيجة لتجدد الاهتمام بالتخطيط الصحى على مستوى المجتمع فى الجزء الأخير من التسعينيات الميلادية.

وقد طالب كل من بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة وتعبئة الجهود للتدخل من خلال التخطيط والمشاركة وغيرها من عمليات تقييم الاحتياجات فى المجتمع بالعديد من معلومات الوفاة والإصابة وعوامل الخطر بالإضافة إلى بيانات ومعلومات عن الموارد المتوافرة لمعالجة المشاكل الصحية ذات الأولوية. وعادة ما تتوافر المعلومات التى تصف

الحالة الصحية واحتياجات المجتمع المحلى من مصادر فيدرالية ومن الولايات ولكن فى أغلب الأحيان تحتاج هذه المصادر إلى أن تدعم بمعلومات مجمعة على المستوى المحلى. وتوضح الدروس المستفادة من المحاولات الأولى للتخطيط الصحى المحلى الموجه نحو المستهلكين بأن التخطيط الصحى فى المجتمع هو عملية سياسية بنفس القدر الذى هو عملية موضوعية تعتمد على البيانات الإحصائية. حيث إنه ليس بالمستطاع خلق التجانس بين الاختلافات فى القيم ووجهات النظر فى المجتمع من خلال ما يعتقد البعض بأنها بيانات موضوعية. وتجارب الفشل الماضية تلك تجعل الأمر أكثر صعوبة على مؤسسات الصحة العامة المحلية الساعية إلى العودة للدخول فى حقل الألغام هذا. ولكن طرأت تحسينات فى التخطيط الإدارى والتى تشمل التخطيط والبرمجة فى أنظمة الميزانية وبحوث العمليات وتحليل النظم وتقييم البرامج وأساليب المراجعة.

وتدعم موارد المعلومات أيضًا أنشطة التخطيط الإستراتيجى والتشغيلى للمنظمة. ويسعى التخطيط الإستراتيجى لتحديد الاتجاهات الخارجية والداخلية التى يمكن أن تؤثر فى قدرة المؤسسة على القيام بمهمتها الأساسية ودورها، فى حين يهدف التخطيط التشغيلى إلى الاستفادة القصوى من الموارد المتاحة لتحقيق أهداف معينة تم وضعها لفترة زمنية محددة، تغطى بصفة عامة سنة واحدة.

المعلومات والتدخلات المبنية على أسس علمية:

تعتبر الإستراتيجيات والأساليب ذات الأساس العلمى الراسخ من صميم تدخلات الصحة العامة الهادفة إلى تحسين جودة الحياة وخفض الوفاة والإصابة التى يمكن الوقاية منها. وعلى الرغم من أن الأساس العلمى لتدخلات الصحة العامة كان دائمًا يحظى بالتقدير العالى، إلا أن التطبيق الرسمى للتقييمات العلمية على الدلائل حول الفعالية يعتبر مشروعًا جديدًا نسبيًا فى حقل الصحة العامة. وقد طرأ تقدم كبير فى هذا المجال خلال التسعينيات الميلادية. وسوف يستعرض الفصل السابع من هذا الكتاب المبادئ والإستراتيجيات والأدوات التى سوف تقود تدخلات الصحة العامة فى أوائل القرن الحادى والعشرين مثل الجهود الرامية لضمان أغذية أكثر سلامة وصحة والموضحة لاحقًا فى **"إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: أغذية أكثر سلامة وصحة"**[٢٦].

جدول (٦-٣)

الإصابات المرتبطة برياضات وأجهزة ترفيهية مختارة تمت معالجتها فى أقسام الطوارئ، ١٩٩٤م

تصنيف المنتجات	عدد الحالات التقديرى	العدد التقديرى للإصابات المرتبطة بالمنتجات لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة فى الولايات المتحدة والتى تم علاجها فى أقسام الطوارئ التابعة للمستشفيات							
		العمر بالسنوات						الإجراء الطبى المتخذ تجاه الحالة	
		جميع الأعمار	٠ - ٤	٥ - ١٤	١٥ - ٢٤	٢٥ - ٦٤	٦٥ وأكثر	عولجت وخرجت من المستشفى	أدخلت إلى المستشفى أو متوفاة عند الوصول
المركبات الأوتوماتيكية (ATVs)، الدراجات النارية الصغيرة .. إلخ	١٢٥,١٣٦	٤٨.١	١٤.٥	١١١.٧	١١٦.٨	٢٧.٠	٦.٥	٤٥.١	٣.٠
كرة القاعدة، الكرة اللينة (softball)	٤٠٤,٣٦٤	١٥٥,٣	٤٥,٠	٤١٠,٧	٢٩٤,٤	١٠٠,١	٣,٣	١٥٣,٤	١,٧
كرة السلة	٧١٦,١١٤	٢٧٥,١	١٣,٤	٥٨٤,٠	٩٥٥,٣	١١١,٦	٣,٢	٢٧٢,٩	١,٨
الدراجات الهوائية وملحقاتها	٦٠٤,٤٥٥	٢٣٢,٢	٢٤٧,٨	٩٠٨,٢	٢٤٣,٢	٨٧,٥	٢٨,٢	٢٢٣,٣	٨,٦
التمارين الرياضية ومعداتها	١٥٥,٢٣١	٥٩,٦	٤٥,٢	٦٨,٨	١٣٤,٦	٤٩,٦	١٦,٦	٥٨,٥	١,٠
كرة القدم الأمريكية (football)	٤٢٤,٦٢٢	١٦٣,١	٥,٠	٤٨٤,٧	٥٥٧,١	٣٠,٤	١,٣	١٦٠,٨	٢,٢
هوكي الجليد (Hockey)	٨١,٨٨٥	٣١,٥	٥,٤	٨٥,١	٨١,٩	١٤,٤	٠,٣	٣٠,٩	٠,٥
ركوب الخيل (horseback riding)	٧١,١٦٢	٢٧,٣	٧,٩	٣٨,٧	٤١,٠	٢٩,٤	٣,٠	٢٥,١	٢,٢
اللكروس (lacrosse)، الركبى (rugby)، ألعاب الكرة المختلفة	٩٠,٢٥٢	٣٤,٧	١٨,٤	١٢٦,٤	٦٣,٤	١١,٩	١,١	٣٤,٢	٠,٣
تجهيزات ملاعب الأطفال	٢٦٦,٨١٠	١٠٢,٥	٣٨٦,١	٤٦٨,٧	١٦,٤	٥,٩	١,٦	٩٩,٥	٢,٩
ألواح التزلج (skateboards)	٢٥,٤٨٦	٩,٨	٧,٣	٣٧,٥	٢٤,٠	١,٠	–	٩,٧	٠,١
التزلج (غير شاملا التزلج فى المجرى)	١٤٦,٠٨٢	٥٦,١	١٥,٦	٢٢٦,٨	٥٧,٣	٢٧,١	٢,٦	٥٤,٨	١,٣
التزلج فى المجرى (in-line skating)	٧٥,٩٩٤	٢٩,٢	٢,٣	١١٥,٦	٤٠,٤	١٢,٩	٠,٧	٢٨,٣	٠,٨
كرة القدم (soccer)	١٦٢,١١٥	٦٢,٣	٢,٧	١٩٠,٦	١٨٠,٧	١٨,٥	٠,٦	٦١,٤	٠,٨
السباحة، المسابح ومعدات السباحة	١١٥,١٣٩	٤٤,٢	٦٢,٤	١٢٨,٨	٦٣,٣	٢١,١	١٠,١	٤٢,٥	١,٧
أنشطة المضمار والميدان والمعدات الخاصة بها	١٨,٧٧٤	٧,٢	–	٢٤,٣	٢٤,٢	٠,٥	١,٠	٧,١	٠,١
الترامبولين (trampolines)	٥٢,٨٩٢	٢٠,٣	٢٧,٧	٩٣,٥	٢٠,٦	٣,٦	٠,١	١٩,٨	٠,٥
كرة الطائرة	٩٧,٥٢٣	٣٧,٥	٢,٠	٥٢,٤	١١١,٤	٢٧,٧	٠,٦	٣٧,٢	٠,٢

المصدر أعيد طباعته من:
National Electronic Injury Surveillance System, U.S. Consumer Product Safety Commission.

مثال:

إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: أغذية أكثر سلامة

(تشمل الموارد والعلاقات التى تشكل البنية التحتية لنظام الصحة العامة القوى العاملة والعناصر التنظيمية والمعلوماتية والمالية. وتوضح عملية تنسيق هذه العناصر لتحسين سلامة الأغذية وتوفير الحماية من تسوس الأسنان لقطاع واسع من السكان كيف أن ممارسة الصحة العامة يمكن أن تكون أعظم من مجرد مجموع عناصرها).

خلال بدايات القرن العشرين، تسببت الأغذية والحليب والمياه الملوثة فى العديد من الإصابات المنتقلة عن طريق الغذاء والتى تشمل الحمى التيفوئيدية والدرن والتسمم الناشئ عن تناول اللحوم أو الأسماك الفاسدة والحمى القرمزية. فى عام ١٩٠٦م، وصف أبتن سينكلير (Upton Sinclair) فى روايته، الغابة (The Jungle)، بيئة العمل الفاسدة التى كانت تعيشها صناعة تغليف اللحوم فى مدينة شيكاغو (Chicago) والأوضاع غير الصحية التى كانت تتم فيها عملية إنتاج اللحوم. ولكن الوعى العام ارتفع على نحو سريع مؤدياً إلى صدور قانون الأغذية والأدوية النقية (Pure Food and Drug Act). وعندما تم تحديد مصادر وخصائص الأمراض المنتقلة عن طريق الغذاء – قبل اكتشاف التحصينات والمضادات الحيوية بزمن طويل – أصبح فى الإمكان السيطرة عليها عن طريق غسل اليدين والنظافة وتثليج الأطعمة لحفظها وتعقيم الحليب واستخدام المبيدات الحشرية. كما أسهمت أيضاً الرعاية الصحية بالحيوانات وتغذيتها وطرق معالجتها فى تحسين سلامة تموين الأغذية. فى عام ١٩٠٠م، بلغ معدل الإصابة بالحمى التيفوئيدية حوالى ١٠٠ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة. وبحلول عام ١٩٢٠م، انخفض هذا المعدل إلى ٣٣,٨ وإلى ١,٧ بحلول عام ١٩٥٠م (شكل (٦-٤)). خلال الأربعينيات الميلادية، أظهرت الدراسات التى أجريت على عينات من العضلات المشرحة أن ١٦٪ من الناس فى الولايات المتحدة يعانون من داء الشعرينات (trichinellosis): تم تشخيص من ٣٠٠-٤٠٠ حالة فى كل سنة وحدثت من ١٠-٢٠ حالة وفاة. ومنذ ذلك الحين، انخفض معدل العدوى انخفاضاً ملحوظاً و جرى التبليغ عن ثلاث حالات وفاة و٣٨ إصابة فى المتوسط فى كل سنة من عام ١٩٩١م إلى عام ١٩٩٦م.

تحتوى الأغذية القابلة للتلف على مواد مغذية تحتاج إليها الكائنات المسببة للمرض والميكروبات الدقيقة حتى تستطيع التكاثر. وتستطيع الكائنات البكتيرية مثل أنواع السالمونيلا (Salmonella) والكلوستريديم (Clostridium) والستافيلو كوكس (Staphylococcus) أن تتكاثر بسرعة إلى أعداد كافية لكى تسبب المرض. ويؤدى تثليج الأغذية إلى إبطاء النمو البكتيرى ويحفظ الأغذية طازجة صالحة للأكل.

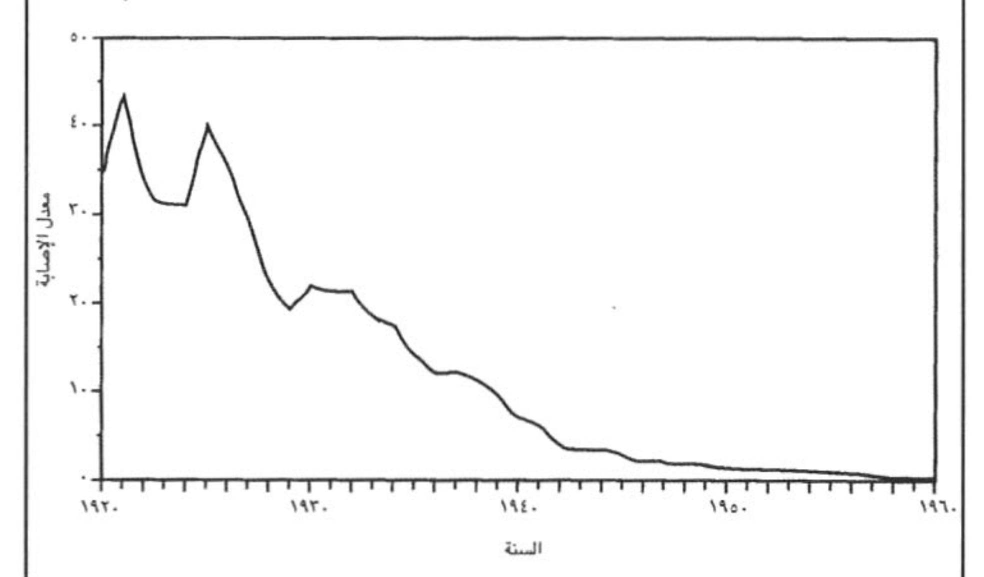
وبحلول القرن العشرين تمكن المستهلكون من الاحتفاظ بالأغذية طازجة عن طريق وضعها فى قالب من الثلج أو ، فى المناخ البارد، دفنها فى فناء المنزل أو تخزينها فى النوافذ من الخارج. خلال العشرينيات الميلادية من القرن العشرين، توفر للاستخدام المنزلى الثلاجات التى تحتوى على حجر

تابع – مثال:

تجميد مستقلة (freezer). وتعتبر بسترة الحليب من العمليات الأخرى التى أدت إلى خفض معدل الإصابة بالمرض والتى ابتكرت من قبل لويس باستور (Louis Pasteur). وعلى الرغم من أن أول تطبيق لهذه العملية كان بغرض حفظ النبيذ، إلا أن البسترة تمكنت من التخلص من ناقل مهم لجراثيم المرض عن طريق الغذاء عندما تم تبنيها من قبل صناعة إنتاج الحليب. فى عام ١٩٢٤م، قامت مصلحة الصحة العامة بإعداد وثيقة لمساعدة ولاية ألاباما (Alabama) فى تطوير برامج لتعقيم الحليب على مستوى الولاية. وتمخضت تلك الوثيقة عن قانون محلى للحليب المبستر من الفئة أ (Grade A Pasteurized Milk Ordinance)، وهو بمنزلة اتفاقية تطوعية وضعت مواصفات صحية موحدة لتصدير الحليب من الفئة أ بين الولايات وأصبحت الآن بمنزلة الأساس لقوانين سلامة الحليب فى الولايات الخمسون وبورتوريكو (Puerto Rico).

شكل (٦-٤)

معدل الإصابة بالحمى التيفوئيدية، حسب السنة – الولايات المتحدة، ١٩٢٠-١٩٦٠م



المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Safer and Healthier Foods, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 40, pp. 905-913, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

تابع – مثال:

إضافة إلى التحسن فى مجال تنويع المحاصيل الزراعية، أسهمت المبيدات الحشرية والمبيدات العشبية (herbicides) فى زيادة مردود المحاصيل وفى خفض تكاليف الغذاء وفى رفع مستوى المظهر الخارجى للغذاء. ولكن مع عدم وجود التحكم المناسب، يمكن لبقايا المبيدات الحشرية العالقة فى الأغذية الزراعية أن تؤدى إلى مخاطر صحية. وقبل عام ١٩١٠م، لم يكن يوجد هناك قانون يضمن سلامة الأغذية والمحاصيل الغذائية التى كانت ترش بالمبيدات الحشرية. فى عام ١٩١٠م صدر أول قانون متعلق بالمبيدات الحشرية وقصد به حماية المستهلكين من المنتجات غير النقية أو تلك المزودة بملصقات تحتوى معلومات غير صحيحة. خلال الخمسينيات والستينيات الميلادية، ظهرت القوانين الخاصة بالمبيدات الحشرية التى تفرض حداً أدنى من المستويات المسموح بها من بقايا المبيدات الحشرية فى الأغذية ولا تسمح بتسجيل المنتجات غير الآمنة أو غير الفعالة. خلال السبعينيات الميلادية، ومستفيدة من العمل فى ظل هذه القوانين المشددة، حظرت وكالة حماية البيئة (Environmental Protection Agency (EPA)) المنشئة حديثًا مبيد دى دى تى (DDT) وعدد من المبيدات الحشرية الأخرى ذات التعلق العالى فى المحاصيل من التداول فى الأسواق. فى عام ١٩٩٦م، وضع قانون حماية جودة الغذاء (Food Quality Protection Act) مواصفات أكثر صرامة وأمر بمراجعة مستويات بقايا المبيدات الحشرية المسموح بها سابقًا لتحديد ما إذا كانت آمنة. فى عام ١٩٩٩م، فرضت القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات بأن يتوافر فى المبيدات الحشرية مواصفات معينة، حيث تقوم وكالة حماية البيئة بمراجعة وتسجيل كل منتج قبل أن يستخدم كما تقوم بتحديد مستويات وقيود على كل منتج يراد به أن يستخدم فى الغذاء أو المحاصيل الغذائية.

وقد ظهرت كائنات ممرضة جديدة منتقلة عن طريق الغذاء فى الولايات المتحدة منذ السبعينيات الميلادية. وتشمل العوامل المساعدة فى ظهورها التغيرات فى الممارسات الزراعية والتغيرات فى عمليات إنتاج الغذاء وتوزيع مخزون الغذاء على المستوى العالمى. وعلى ما يبدو فإن أغذية تسمين الحيوانات يمكن أن تكون مستودعات للكائنات المسببة للمرض فى الإنسان. خلال الثمانينيات الميلادية، على سبيل المثال، تفشى وباء بسبب السالمونيلا المسبب لالتهاب الأمعاء المرتبط بالبيض (egg-associated Salmonella enteritidis) فى حوالى ٤٥٪ من الطيور البياضة فى البلاد مما أدى إلى زيادة الأمراض المنتقلة عن طريق الغذاء المرتبط بالبيض فى الولايات المتحدة. ولا تحدث الشريشيات القولونية (Escherichia coli O157:H7)، والتى يمكن أن تؤدى إلى إصابات خطيرة أو وفاة الإنسان، أى أعراض مرضية فى مضيفيها من الكائنات غير الآدمية (nonhuman hosts). فى عام ١٩٩٣م، نتج عن تفشٍ خطير للإصابة بالشريشيات القولونية، أرجعت أسبابه إلى استهلاك كميات من لحم العجل المفروم غير المطهى بقدر كاف، ٥٠١ حالة مرضية و ١٥١ حالة دخول إلى المستشفى و٣ حالات وفاة كما أدى إلى إعادة هيكلة عمليات فحص اللحوم. وربما يكون أكثر الكائنات المسببة للإصابات المنتقلة عن طريق الغذاء شيوعًا هو الفيروس الكؤيسى (calicivirus)، والذى يستطيع المرور عبر الأيدى الملوثة للعاملين بتجهيز الأغذية إلى مائدة المستهلك. وتشمل التحسينات فى مجالات تهجين الحيوانات وإنتاج اللحوم التى أسهمت فى خفض الكائنات المسببة

تابع – مثال:

للمرض فى التموين الغذائى كلاً من الحملات الرامية للقضاء على الكائنات المسببة للمرض وبرامج تحليل الخطر ونقطة التحكم الحرجة Hazard Analysis and Critical Control Point) (HACCP))، والقوانين الخاصة بتغذية الحيوانات على نحو أفضل واستخدام المياه غير الملوثة فى إنتاج الأطعمة والمواد الحافظة للأطعمة الأكثر فعالية والتحسينات التى طرأت على المنتجات المضادة للميكروبات لتعقيم معدات ومرافق إنتاج الأغذية والرقابة الكافية على العاملين فى إنتاج الغذاء وطرق الإنتاج. وتعتبر برامج تحليل الخطر ونقطة التحكم الحرجة ملزمة فى صناعة الأغذية البحرية أيضاً.

ولقد ألقت الرقابة المحسنة والبحوث التطبيقية والتحريات الخاصة بتفشى الأوبئة الضوء على آليات التلوث مؤدية إلى إجراءات تحكم جديدة فى الكائنات المرضة المنتقلة عن طريق الغذاء. حيث انخفض معدل الإصابات بالسالمونيلا والكامبيلوباكتر (Campylobacter) فى مصانع إنتاج اللحوم. ولكن فى عام ١٩٩٨م، ربطت حالات إصابة باللسترية (Listeria)، والتى يبدو أنها غير متصله بعضها ببعض، عندما أشار استقصاء وبائى إلى أن العينات المأخوذة من تلك الحالات تشترك فى نفس البصمات الجينية للحامض النووى (DNA). وأرجعت حوالى ١٠٠ حالة مصابة و٢٢ حالة وفاة إلى أكل شطائر سجق (hot dogs) ولحوم منتجة فى مصنع واحد. فى عام ١٩٩٨م، أرجع تفشٍ لداء الشيغلات (shigellosis) فى عدد من الولايات إلى البقدونس المستورد. فى الولايات المتحدة وخلال الفترة ١٩٩٧–١٩٩٨م ربط تفشى داء السيكلوسبورايسس (cyclosporiasis) بالخس المسكلانى المخلوط (mesclun mix lettuce) ونبات الحبق (basil) أو المنتجات المحتوية عليه وتوت الأرض المزروع فى جواتيمالا (Guatemalan raspberries). وتبرز هذه الأمثلة الحاجة إلى إجراءات تمنع تلوث الغذاء فى مراحل قريبة من أماكن إنتاجه وخاصة إذا كان ذلك الغذاء يؤكل نيئًا أو يصعب غسله.

وعند بداية القرن كانت علوم التغذية أيضًا فى مهدها. ولم يكن معروفًا بعد المفهوم القائل بأن المعادن والفيتامينات تعتبر ضرورية للوقاية من الأمراض التى يسببها سوء التغذية. وكان يعتقد بأن أمراض سوء التغذية والتى تشمل الكساح والبثع أو الأسقربوط (داء من أعراضه تورم اللثة ونزف الدم منها) والبرى برى (beri-beri) والبلغرة أو داء الذرة (pellagra) هى أمراض معدية. وبحلول عام ١٩٠٠م، تمكن المختصون فى الكيمياء الحيوية والفيسيولوجيا من تحديد البروتين والدهون والكربوهيدرات على أنها مغذيات أساسية. وفى عام ١٩١٦م، قادت بيانات جديدة إلى اكتشاف أن الطعام يحتوى على الفيتامين وأن نقص الأمينيات الحيوية "vital amines" يمكن أن يسبب المرض.

وأدت هذه الاكتشافات العلمية وسياسات الصحة العامة التى تمخضت عنها مثل برامج تحصين الغذاء إلى انخفاض كبير فى أمراض سوء التغذية فى النصف الأول من القرن. وتحول تركيز برامج التغذية فى النصف الثانى من القرن من الوقاية من الأمراض إلى السيطرة على الحالات المزمنة مثل أمراض أوعية القلب والبدانة.

المصدر بتصرف من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Safer and Healthier Foods. *Morbidity and Mortality Weekly Repot*, Vol. 48, No. 40, pp. 905-913, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

الموارد المالية:

يمكن النظر إلى الموارد المالية المتاحة لأنشطة الصحة العامة على أنها مدخلات ومخرجات النظام فى آن واحد. ومن الواضح أنه يمكن اعتبارها مدخلات لكونها تمثل مقياساً اقتصادياً للموارد البشرية والتنظيمية والمعلوماتية التى سبق وصفها إضافة إلى المرافق والتجهيزات وغيرها من المدخلات التى لا تندرج بشكل مناسب تحت أى من الفئات الأخرى. ولكن الموارد المالية المتاحة لبرامج الصحة العامة تمثل أيضاً الكفاءة أو القيمة المحسوسة لهذه الأنشطة بالمقارنة بغيرها من أهداف السياسة العامة. ومن هذا المنظور، فإن الموارد المالية هى محصلة أنشطة الصحة العامة وهى تعبير عن قيمها فى نظر المجتمع. وعلى الرغم من ذلك، فإن هذا الجزء سوف يعرض للموارد المالية على أساس أنها مدخلات.

ليس من السهولة ربط النفقات المالية بإطار خدمات الصحة العامة الحيوية. ويوفر القطاع العام عديداً من الأنشطة الموجهة للسكان المشمولة تحت خدمات الصحة العامة الحيوية وليس كل الأنشطة. وبينما تندرج بعض الخدمات الصحية الشخصية المقدمة من قبل القطاع العام تحت إطار خدمات الصحة العامة الحيوية مثل ربط الناس بالخدمات التى يحتاجون إليها وضمان تقديم الرعاية فى حالة عدم توافرها، فإن الخدمات الصحية الشخصية الأخرى لا تدخل ضمن ذلك الإطار. وفى القطاع العام، تقوم مؤسسات متنوعة غير مؤسسات الصحة الرسمية بتقديم خدمات الصحة العامة الحيوية والصحة النفسية والعلاج من إدمان المواد المخدرة والحماية البيئية بالإضافة إلى مساهمة المؤسسات الأخرى. إضافة إلى ذلك، تقدم أيضاً كلاً من الخدمات الموجهة للسكان وخدمات الصحة العامة الحيوية من خارج القطاع العام. وعلى الرغم من عدم إمكانية وضع تحديدات دقيقة، إلا أن وضع تقديرات باستخدام تعاريف أخرى وأساليب جديدة لربط النفقات بخدمات الصحة العامة الحيوية يسمح ببعض التقديرات التقريبية المعقولة.

وتمنح التقديرات باستخدام التعاريف الأخرى إطاراً مفيداً لتحديد الموارد المالية لأنشطة الصحة العامة. على سبيل المثال، فى الفصل الثالث من الكتاب تمت الإشارة إلى أن حوالى ٣,٤٪ من النفقات القومية على الصحة فى ١٩٨٨م ترتبط بالخدمات المقدمة للسكان أو الخدمات الإكلينيكية الوقائية. ويشمل هذا التقدير كلاً من جهود القطاع العام والقطاع الخاص، فى حين تشير التقديرات المعدة كجزء من مبادرة الرئيس كلينتون (Clinton) لإعادة هيكلة النظام الصحى فى الولايات المتحدة إلى أن ١٪ فقط من جميع

النفقات القومية على الصحة قد صرفت على الخدمات الموجهة للسكان. كما يقدر مصدر آخر ممثلاً في إدارة تمويل الرعاية الصحية (Health Care Financing Administration) التابعة لمصلحة الصحة العامة النفقات على أنشطة الصحة العامة، والتي تشمل كلاً من الخدمات الموجهة للسكان والخدمات الصحية الشخصية وفي جميع المستويات الحكومية في الولايات المتحدة، بنسبة تتراوح دائمًا بين ٢,٥٪-٣,٠٪ من مجموع النفقات القومية على الصحة منذ عام ١٩٨٠م. ويثير كل واحد من هذه التقديرات مسألة ما يجب أن يصنف وما لا يجب ألا يصنف عند تحليل موارد الصحة العامة المالية. وعلى الرغم من أن نسبة ١٪ التي تم التوصل إليها خلال صياغة مبادرات إعادة هيكلة النظام الصحي الأمريكي في عام ١٩٩٤م تبدو على أنها تقدير معقول لنفقات الصحة العامة في الولايات والمحليات على الخدمات الموجهة للسكان في ذلك الوقت، إلا أنها تعتبر، وحتى في ذلك الحين، بمنزلة تقدير ناقص. حيث يصف هذا الرقم نفقات مؤسسات الصحة العامة في الولايات والمحليات ولا يأخذ في الحسبان نشاطات مهمة موجهة للسكان في الولايات إذا كانت تلك النشاطات مقدمة عبر مؤسسات غير مؤسسات الصحة العامة الرسمية أو من قبل هيئات من خارج القطاع العام كليًا.

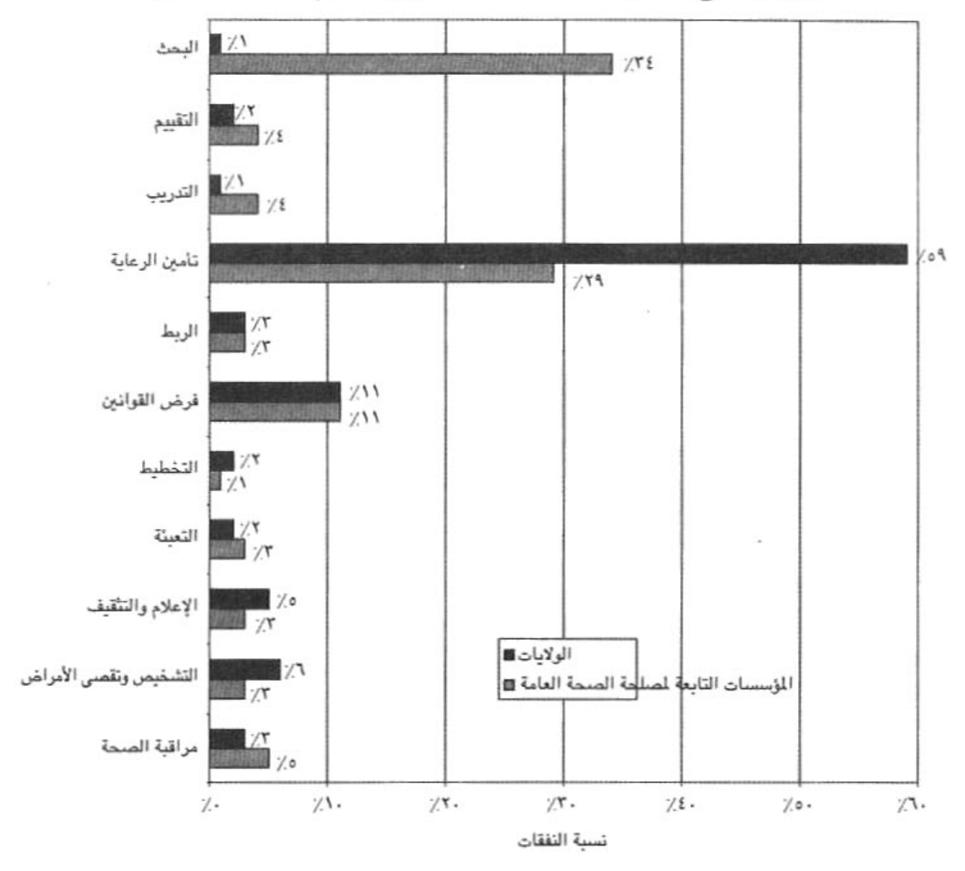
وقد سعت عدة جهود في منتصف التسعينيات الميلادية إلى الحصر الشامل للنفقات المتصلة بوظائف الصحة العامة الأساسية وخدمات الصحة العامة الحيوية ضمن المؤسسات التابعة لمصلحة الصحة العامة الأمريكية وتسع ولايات وعدد من المناطق المحلية التجريبية[٢٧ - ٢٩]. ولقد فرقت تلك الدراسات بين النفقات على وظائف الصحة العامة الأساسية وبين النفقات على الأغراض الأخرى، كما أنها صنفت النفقات على وظائف الصحة العامة الأساسية على أنها إما أنشطة موجهة للسكان أو أنها خدمات صحية شخصية. وقد تم استخدام إطار خدمات الصحة العامة الحيوية الموضح في الفصل الخامس من هذا الكتاب لتحديد النفقات المرتبطة بالوظائف الأساسية في عشر فئات من أنشطة الصحة العامة الموجهة للسكان وفئة واحدة لتقديم الخدمات الصحية الشخصية في حالة عدم توافرها. وتم إنجاز ذلك من خلال فصل جوانب الارتباط وتقديم الخدمة في واحدة من خدمات الصحة العامة الحيوية (ربط الناس بالخدمات الصحية الشخصية التي يحتاجون إليها وضمان تقديم الرعاية الصحية في حالة عدم توافرها).

وعلى المستوى الفيدرالي، بلغت نفقات مصلحة الصحة العامة على خدمات الصحة العامة الحيوية، شاملة المنح للولايات والهيئات المحلية، ٧,١ بليون دولار أمريكي في عام

١٩٩٥م. ومن هذا المجموع الكلى، صرف ٢ بليون دولار أمريكى منها لدعم تقديم الرعاية الصحية فى حالة عدم توافرها فى حين صرف مبلغ ٥,١ بليون دولار المتبقية لدعم أنشطة الصحة العامة المقدمة للسكان (خصص منها ٢,٤ بليون دولار للبحث العلمى المرتبط بالوقاية). ويوضح شكل (٦-٥) نسب إنفاق الهيئات التابعة لمصلحة الصحة العامة على تلك الفئات الإحدى عشرة.

شكل (٦-٥)

نسب إنفاق الهيئات الفيدرالية التابعة لمصلحة الصحة العامة ونفقات الصحة العامة فى الولايات على خدمات الصحة العامة الحيوية حسب الخدمة الحيوية



المصدر بتصرف وإذن من:

Eilbert et al., *Measuring Expenditures for Essential Public Health Service*, © 1996, Public Health Foundation.

ويوضح كل من جدول (٦-٤) وشكل (٦-٦) النتائج التى توصلت إليها دراسة نفقات الولايات والمحليات على وظائف الصحة العامة الأساسية فى تسع ولايات. وتم صرف ٧٩٪ من مجموع نفقات مؤسسات الصحة وعلاج إدمان تعاطى المواد المخدرة والصحة النفسية والمؤسسات البيئية فى تلك الولايات التسع، على وظائف الصحة العامة الأساسية، مع دفع أكثر من ضعفى ما أنفق على أنشطة الصحة العامة الموجهة للسكان على الخدمات الصحية الشخصية. وكانت حصة تمويل الوظائف الرئيسية المخصصة لكل من خدمات الصحة العامة الحيوية متشابهة فى الولايات والهيئات التابعة لمصلحة الصحة العامة فى تسع من الفئات الإحدى عشرة، ممثلة حوالى ثلثى الموارد المتاحة. وصرف الثلث المتبقى من قبل الولايات والمحليات لضمان تقديم الرعاية. أما بالنسبة للهيئات التابعة لمصلحة الصحة العامة فقد أنفق الثلث المتبقى على الأنشطة البحثية.

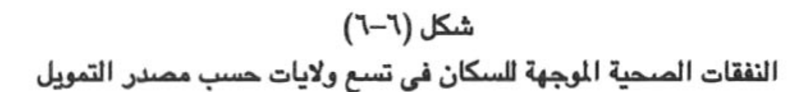
جدول (٦-٤)

النسب التقديرية لنفقات الصحة العامة على خدمات الصحة العامة الحيوية، النساء والرضع والأطفال (WIC) وغيرها من الأنشطة الأخرى حسب نوع المؤسسة فى تسع ولايات

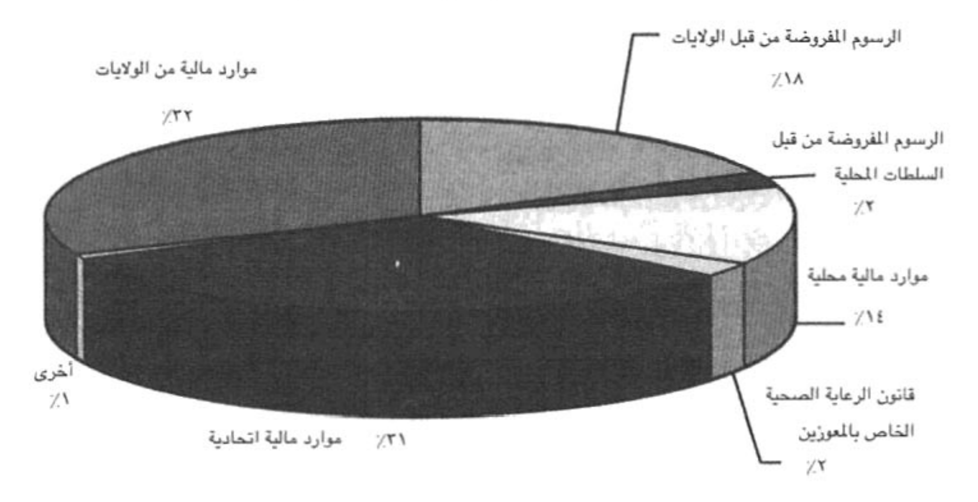
	خدمات الصحة العامة الحيوية		الأنشطة الأخرى		المجموع
	الصحة الشخصية	صحة السكان	WIC (الغذاء فقط)	أخرى	
مؤسسات الصحة فى الولاية	٥,٨	١٠,٨	٧,٧	٢,٥	٢٦,٩
إدارات الصحة المحلية	٤,٣	٤,٨		٠,٧	٩,٨
مؤسسات الصحة النفسية	٣٨,٧	٠,٧		لا ينطبق	٣٩,٤
مؤسسات علاج إدمان المواد المخدرة	٥,٥	٢,٤		٠,٦	٨,٥
المؤسسات البيئية	لا ينطبق	٥,٥		٩,٩	١٥,٤
المجموع	**٥٤,٤**	**٢٤,٢**	**٧,٧**	**١٣,٧**	**١٠٠**

المصدر أعيد طباعته بإذن من:

Eilbert et al., *Measuring Expenditures for Essential Public Health Service,* © 1996, Public Health Foundation.



شكل (٦-٦)
النفقات الصحية الموجهة للسكان فى تسع ولايات حسب مصدر التمويل



المصدر أعيد طباعته من:

Eilbert et al., Public Health Expenditures: developing Estimates for Improved Policy Making, *Journal of Public Health Management Practice*, Vol. 3, No. 3, p. 8, © 1997, Aspen Publishers, Inc.

وشكلت النفقات على الخدمات الموجهة للسكان حوالى ربع مجموع الموارد المتاحة للولاية ومؤسسات الصحة وحماية البيئة والصحة النفسية وعلاج إدمان تعاطى المواد المخدرة. وارتبط حوالى ربع جميع النفقات على الأنشطة الموجهة للسكان بتطبيق القوانين والأنظمة المتعلقة بحماية البيئة والإسكان والأغذية والمياه ومكان العمل. وتعتبر مؤسسات الصحة العامة فى الولايات والمحليات مسئولة عن حوالى ثلثى مجموع نفقات الخدمات الموجهة للسكان، كما أنفقت تلك المؤسسات مجتمعة مع مؤسسات صحة البيئة حوالى ٩٠٪ من هذا المجموع. وبالنسبة لمؤسسات الصحة العامة فى الولايات والمحليات، ذهب ٥٠-٦٠٪ من نفقات تلك المؤسسات إلى الخدمات الموجهة للسكان. أما بالنسبة لمؤسسات صحة البيئة وعلاج تعاطى المواد المخدرة، فقد وجهت ٣٠-٤٠٪ من نفقاتها لدعم الأنشطة الموجهة للسكان.

وبلغ الوسيط (median) لمستوى النفقات فى الولايات التسع على الوظائف الأساسية ١٣٧ دولاراً أمريكياً للفرد، فى حين بلغ الوسيط للنفقات على الأنشطة الموجهة للسكان ٤٣ دولاراً أمريكياً للفرد. وبتعميم هذه الأرقام على الدولة ككل، فإن حوالى ٣٦,١ بليون دولار أمريكى قد أنفقت من قبل الولايات والمحليات على وظائف الصحة العامة الرئيسية فى عام ١٩٩٣م، صرف منها ١١,٢ بليون دولار لدعم الأنشطة الموجهة للسكان[٢٨].

وتمول النفقات الموجهة للسكان بشكل كبير من مصادر اتحادية ومن الولايات حيث يشكل كل من هذين المصدرين حوالى ثلث مجموع هذه النفقات، فى حين تمثل رسوم الولايات ومصادر التمويل المحلية الثلث الآخر. ويعتبر قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين مسئولاً عن ٢٪ فقط من مجموع ما أنفقته حكومات الولايات والحكومات المحلية.

وبإدخال بعض التعديل الذى يأخذ فى الاعتبار المبالغ الاتحادية المنفقة من قبل حكومات الولايات والحكومات المحلية، تشير التقديرات إلى أن حوالى ٣٨ بليون دولار أمريكى قد أنفقت على خدمات الصحة العامة الحيوية فى عام ١٩٩٤م، مع تسخير حوالى ١٥ بليون دولار أمريكى من هذا المجموع لدعم الأنشطة الموجهة للسكان. وشكلت النفقات المرتبطة بالوظائف الرئيسية حوالى ٤٪ من مجموع الإنفاق الصحى فى عام ١٩٩٤م. وبلغ الجزء الخاص بالأنشطة الموجهة للسكان من نفقات الوظائف الرئيسية حوالى ١,٥٪ من مجموع الإنفاق الصحى.

وجاء أكثر من ثلثى نفقات الخدمات الموجهة للسكان فى الولايات من مصادر غير فيدرالية، مؤكداً الملاحظة القائلة بأن حكومات الولايات والحكومات المحلية تتحمل الجزء الأكبر من عبء تمويل أنشطة الصحة العامة فى الولايات المتحدة. ومن يقوم بدفع الفاتورة حالياً يستطيع أن يقول الكثير عن احتمالية توسع جهود الصحة العامة فى المستقبل. ولا تشير قواعد الضرائب فى الولايات، وخاصة معارضة الحكومات المحلية والضغوط السياسية ضد أى زيادات فى الضرائب من أى نوع كان، إلى حدوث زيادة فى موارد الصحة العامة فى الولايات والمحليات فى المستقبل.

وتقلل هذه التقديرات من نفقات الصحة العامة، لأنها لا تشمل إنفاق مؤسسات الصحة العامة غير الحكومية على الوظائف الرئيسية وعلى خدمات الصحة العامة الحيوية. وتشير التقديرات إلى أن المنظمات غير الحكومية تعتبر مسئولة عن أداء حوالى من ربع إلى ثلث مجموع أداء خدمات الصحة العامة الحيوية فى المجتمع . ويجب أن تؤخذ هذه التكاليف

أيضًا فى الاعتبار عند تقدير مجموع النفقات فى الصحة العامة. ويأخذ جميع العوامل بعين الاعتبار، فالتقدير المعقول هو أن حوالى ٥٠ بليون دولار أمريكى أو ٥٪ من الإنفاق القومى الصحى تسخر لدعم أنشطة مرتبطة بوظائف الصحة العامة الرئيسية. تمول حوالى ١٥ بليون دولار منها الخدمات الموجهة للسكان وتدعم الـ ٣٥ بليون دولار المتبقية الرعاية الشخصية. ويعادل هذا ١٥ سنتًا لكل فرد فى اليوم للخدمات الموجهة للسكان و٥٠ سنتًا لكل يوم (وهو ما يعادل تكلفة علبة من العلكة) للمجموعة الكاملة من خدمات الصحة العامة الحيوية.

أهداف البنية التحتية للناس الأصحاء للعام ٢٠١٠م:

تطرق هدف واحد فقط من أكثر من ٥٠٠ هدف صحى وطنى تضمنتها برامج الناس الأصحاء للعام ١٩٩٠م والناس الأصحاء للعام ٢٠٠٠م بصورة مباشرة إلى النظام الوطنى للصحة العامة. ويدعو ذلك الهدف (و هو أحد أهداف الناس الأصحاء للعام ٢٠٠٠م) إلى أن يخدم ٩٠٪ من السكان من قبل إدارة صحة محلية تقوم بأداء ثلاثة وظائف أساسية للصحة العامة بشكل فعال. وقد تطلب السعى لتحقيق هذا الهدف خلال التسعينيات الميلادية تركيز الانتباه على إمكانية البنية التحتية التى يجب توافرها لبلوغ ذلك الهدف. ونتيجة لذلك، تم وضع مجموعة من الأهداف الأكثر شمولية المرتبطة بالبنية التحتية للصحة العامة ضمن الأهداف الصحية الوطنية للعام ٢٠١٠م. وتتناول أهداف البنية التحتية هذه الجوانب الإنسانية والتنظيمية والمعلوماتية والمالية للبنية التحتية فى الصحة العامة التى تم وصفها فى هذا الفصل من الكتاب. ويعرض توضيح (٦-١٠) المجموعة النهائية لأهداف البنية التحتية المشمولة فى برنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠م [٣٠]. وتمثل هذه الأهداف مجتمعة جدول العمل الوطنى لتعزيز البنية التحتية للصحة العامة.

توضيح (٦-١٠)

أهداف البنية التحتية للصحة العامة فى برنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠م

نظم البيانات والمعلومات:

- زيادة نسبة مؤسسات الصحة العامة التى توفر خدمة الإنترنت والبريد الإلكترونى إلى ٧٥٪ من موظفيها على الأقل والتى تدرب موظفيها على كيفية استخدام الإنترنت وغير ذلك من نظم المعلومات الإلكترونية للاستفادة من البيانات فى مجال الصحة العامة.
- زيادة نسبة مؤسسات الصحة العامة التى استطاعت أن تجعل المعلومات متوافرة لعامة الناس فى السنة الأخيرة حول المؤشرات الصحية الرئيسية (Leading Health Indicators) ومؤشرات الحالة الصحية (Health Status Indicators) والاحتياجات للبيانات ذات الأولوية (Priority Data Needs).
- زيادة نسبة جميع نظم البيانات الصحية الرئيسية القومية وعلى مستوى الولايات والمحليات التى تستخدم الترميز الجغرافى (geocoding) لتعزيز عملية تطوير نظام المعلومات الجغرافية (geo-graphic information system (GIS)) على جميع المستويات.
- زيادة نسبة أهداف برنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠م الموجهة للسكان والتى تتوافر عنها بيانات قومية لجميع الفئات السكانية المحددة فى تلك الأهداف.
- زيادة نسبة المؤشرات الصحية الرئيسية ومؤشرات الحالة الصحية والاحتياجات للبيانات ذات الأولوية التى تتوافر عنها بيانات، وخاصة عن فئات سكانية مختارة، على المستوى القبلى ومستوى الولاية والمستويات المحلية.
- زيادة نسبة أهداف برنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠م التى يتم متابعتها بصفة منتظمة على المستوى القومى.
- زيادة نسبة أهداف برنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠م التى يتم نشر البيانات القومية عنها خلال سنة من جمع تلك البيانات.

القوى العاملة الماهرة:

- زيادة نسبة مؤسسات الصحة العامة التى تدمج قدرات معينة فى خدمات الصحة العامة الحيوية فى أنظمة الموظفين.
- زيادة نسبة الكليات للعاملين فى الصحة العامة التى تدمج ضمن مناهجها محتوى محدداً لتطوير المهارات فى خدمات الصحة العامة الحيوية.

تابع – توضيح (٦–١٠):

– زيادة نسبة مؤسسات الصحة العامة التى توفر التعليم والتدريب المستمر لتطوير المهارات فى خدمات الصحة العامة الحيوية بين موظفيها.

منظمات الصحة العامة الفعالة:

– زيادة نسبة مؤسسات الصحة العامة القادرة على تحقيق معايير الأداء القومية الخاصة بخدمات الصحة العامة الحيوية.
– زيادة نسبة القبائل والولايات ومقاطعة كولومبيا (District of Colombia) التى يوجد لديها خطة لتحسين الصحة وزيادة نسبة المناطق المحلية التى يوجد لديها خطط لتحسين الصحة مرتبطة بالخطط الموضوعة من قبل الولايات التي تتبع لها تلك المناطق.
– زيادة نسبة مؤسسات الصحة العامة العاملة فى الولايات والمحليات التى توفر وتضمن خدمات معملية شاملة لدعم خدمات الصحة العامة الحيوية.
– زيادة نسبة مؤسسات الصحة العامة العاملة فى الولايات والمحليات التى توفر وتضمن خدمات شاملة مختصة فى علم الأوبئة لدعم خدمات الصحة العامة الحيوية.
– زيادة نسبة المناطق الفيدرالية والمناطق فى الولايات والمحليات التى تقوم بمراجعة وتقييم مدى ضمان قوانينها وأنظمتها ولوائحها الداخلية لتقديم خدمات الصحة العامة الحيوية.

الموارد:

– زيادة نسبة مؤسسات الصحة العامة الاتحادية ومؤسسات الصحة العامة فى الولايات والمحليات التى تقوم بجمع بيانات صحيحة عن نفقات الصحة العامة مصنفة حسب خدمات الصحة العامة الحيوية.

البحوث الوقائية:

– زيادة نسبة مؤسسات الصحة العامة التى تقوم بإجراء أو تتعاون لإجراء بحوث وقائية على مستوى السكان.

المصدر أعيد طباعته من:

Healthy people 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and human Services, Public Health Service, 2000.

خاتمة:

تشمل البنية التحتية للصحة العامة المدخلات والمقومات لنظام الصحة التى تمزج معًا للقيام بوظائف الصحة العامة الرئيسية وتقديم خدمات الصحة العامة الحيوية. وعلى الرغم من إمكانية تقديم تلك المدخلات والمقومات فى تصنيفات متعددة، فإنه يمكن ملاحظة عدد من العناصر الرئيسية بسهولة. وأول هذه العناصر هى القوى العاملة فى الصحة العامة وهى بمنزلة جيش من الأفراد الذين نذروا أنفسهم لتحسين صحة الناس على الرغم من أن قلة منهم نسبيًا لم تحصل على أكثر من مجرد التدريب العملى للقيام بالأدوار المطلوبة منهم. ويشكل التنوع فى هذه القوى العاملة المرتبط بخلفيتها العلمية والعملية مصدر قوة رئيسيًا ومصدر ضعف محتملاً فى نفس الوقت بالنسبة للجهود المبذولة لتركيز وتوجيه الجهد الجماعى لتلك القوى العاملة. ويمكن اعتبار عملية تسهيل إسهامات تلك القوى العاملة بمثابة المنظمات التى تعمل فيها هذه القوى. وتوجد تلك المنظمات فى جميع المستويات الحكومية بالإضافة إلى تواجدها فى كل ركن من أركان المجتمع. وفى أغلب الأحيان تكون العلاقات بين المؤسسات والمنظمات والمعاهد والأفراد الملتزمين بهذا العمل غير رسمية وتعاونية أكثر من كونها رسمية وموجهة على نحو مركزى. وتعتبر القيادة فى داخل المنظمات وفيما بينها من أجل تقييم ومعالجة الاحتياجات والقضايا الصحية فى المجتمع ضرورية للبدء فى تحديد مشاكل المجتمع وفى أنشطة إيجاد الحلول لتلك المشاكل والذى من شأنه إحداث التغيرات اللازمة لتحسين النتائج الصحية. وتعتمد القوى العاملة والمنظمات والقيادات بشكل كبير على المعلومات للتعرف على المشاكل وتحديد التدخلات المطلوبة ومتابعة التقدم تجاه تحقيق الأهداف المتفق عليها. مجتمعة، تشكل هذه المقومات الحيوية للنظام العام قدرة النظام على العمل فى خدمة صحة الناس. وقد تطورت البنية التحتية للصحة العامة لتوفير العناصر الضرورية لتدخلات الصحة العامة الناجحة وتشمل: الملاحظة المنظمة والمقننة من خلال مراقبة الإصابة والوفاة والدراسات الوبائية جيدة التصميم وغيرها من البيانات لتسهيل عملية صناعة القرار، والأفراد والمنظمات العاملة لنيل التأييد اللازم بغرض الحصول على موارد ولضمان تطبيق السياسات والبرامج الفعالة وتنفيذها على الوجه الأكمل. فى القرن الحادى والعشرين، تعتبر الصحة العامة علاقة شراكة معقدة بين المؤسسات الفيدرالية وحكومات الولايات والحكومات المحلية والمنظمات غير الحكومية والأعضاء فى السلك الأكاديمى وممثلى المجتمع. وتمثل البنية التحتية وخدمات الصحة العامة الحيوية التى تقدمها هذه البنية جزءًا صغيرًا من الاقتصاد القومى وقرابة ٥٪ فقط من النفقات المتعلقة بالصحة، ولكنها تسهم فى تحسين الحالة الصحية إضافة إلى أن إمكانية تحقيق منافع أكثر وسد الفجوات الحالية تشير إلى أنها تعادل وزنها ذهبًا.

أسئلة وتمارين للمناقشة

١- اختر تفشيًا حديثًا للمرض (خلال السنوات الثلاث الأخيرة) أو غير ذلك من الأحداث الصحية الطارئة التى جذبت اهتمام وسائل الإعلام. صف كيف أن جوانب معينة من البنية التحتية للصحة العامة أسهمت فى الحدث الطارئ أو فى الحل الخاص به. تعتبر محتويات التقرير الأسبوعى للإصابة والوفاة ((Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)) الصادرة فى الأسابيع الأخيرة المكان المناسب للبحث عن تفشٍ حديث للمرض، كما أن عدداً من الوسائل الإعلامية المطبوعة والإلكترونية ربما تكون مصادر مفيدة للمعلومات.

٢- ماذا يميز أحد المهنيين المشتغلين بالصحة العامة عن مهنى آخر يعمل فى منظمة للصحة العامة؟

٣- هل ينظر للمهنيين فى الصحة العامة على أنهم عوامل للتغيير فى مجتمعاتهم اليوم؟ لماذا نعم أو لماذا لا؟ هل تتبنى نفس الرأى بالنسبة لمنظمات الصحة العامة. لماذا نعم أو لماذا لا؟

٤- ما هى العوامل التى تحدد الحجم المثالى للتحالف؟

٥- كيف تغيرت أدوار مجالس الصحة المحلية عبر القرن الماضى؟ ما هى أكثر الأدوار فائدة لتلك المجالس فى المستقبل؟

٦- ما هى العوامل التى تحد من قدرتنا على استخدام الكم الهائل من البيانات والمعلومات المتوافرة حاليًا؟ كيف يمكن لنا تخطى تلك الصعاب أو المعوقات؟

٧- هل التخطيط الصحى ضرورى على مستوى المجتمع؟ إذا كانت الإجابة نعم، من يجب أن يكون مسئولاً عن التخطيط الصحى؟ كيف يمكن تجنب الازدواجية والتكرار فى التخطيط الصحى للمجتمع؟

٨- افحص البيانات الواردة فى جدول (٦-٣)، ومن خلال العمل فى مجموعات صغيرة، ضع أولويات للإصابات المختلفة لكى تحدد أيًا منها يمكن أن يكون هدفًا لحملة ترمى لخفض معدلات الإصابة على مستوى الولاية تركز على الإصابات الناجمة عن معدات الرياضة والترفيه. ما هى الثلاثة التى يجب أن تستهدف من قبل تلك الحملة؟ لماذا؟

٩- راجع الحالة الدراسية الواردة فى توضيح (٦-٧)، ثم ناقش الأسئلة الواردة فيها من خلال العمل فى مجموعات صغيرة.

١٠- صف كيف أسهمت العناصر المختلفة للبنية التحتية للصحة العامة فى الإنجازات التى تحققت فى مجال سلامة الأغذية الموضحة فى "إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: أغذية أكثر سلامة وصحة". ما هى أكثر تلك العناصر أهمية؟

المراجع:

١- Roper WL, Baker EL, Dyal WW, Nicola RM. Strengthening the public health system. *Public Health Rep.* 1992; 107:609-615.

٢- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). *Health United States, 1999.* Washington, DC: National Center for Health Statistics; 1999.

٣- Health Resources and Services Administration (HRSA). *The health profession workforce. Health Workforce Newslink,* 1999.

٤- HRSA. *Health Personnel in the United States: Eight Report to Congress.* Washington, DC: U.S. Public Health Service (PHS); 1992.

٥- The necessity for trained and educated health officials. JAMA. 1893; 20:189. Editorial.

٦- Gerzoff RB, Richards TB. The education of local health department top executives. *J Public Health Manage Pract.* 1997; 3(4): 50-56.

٧- Public Health Foundation. *State Health Agency Staffs*, 1989. Final report of a contract with DHHS-PHS-HRSA. Washington, DC: Public Health Foundation; April 1992.

٨- National Association of County and City Health Officials (NACCHO). *Profile of Local Health Departments*, 1992-1993. Washington, DC: NACCHO; 1995.

٩- NACCHO. *Profile of Local Health Departments*, 1996-1997. Washington, DC: NACCHO; 1997.

١٠- Gerzoff RG, Brown CK, Baker EL. Full-time employees of U.S. local health departments, 1992-1993. . *J Public Health Manage Pract.* 1999; 5(3): 1-9.

١١- Gerzoff RB, Baker EL. The use of scaling techniques to analyze U.S. local health department staffing structures, 1992-1993. *Proceedings of the Section on Government Statistics and Section on Social Statistics of the American Statistical Association.* 1998; 209-213.

١٢- The Core Functions Steering Committee. *The Public Health Workforce: An Agenda for the 21st Century.* DHHS-PHS; 1997.

١٣- Kennedy VC, Spears WD, Loe HD, Moore FL. Public health workforce information: A state-level study. . J *Public Health Manage Pract.* 1999; 5(3): 10-19.

١٤- Kennedy VC. Who provides the essential public health services? A method and example. . *J Public Health Manage Pract.* 1999; 5(5): 98-101.

١٥- Institute of Medicine. *The Future of Public Health.* Washington, DC: National Academy Press; 1988.

١٦- Sorenson AA, Bialek RG, eds. *The Public Health Faculty/Agency Forum.* Gainesville, FL: University of Florida Press; 1992.

١٧- Gordon AK, Chung K, Handler A, et al. Final report on public health practice linkages between schools of public health and state health agencies: 1992-1996. . *J Public Health Manage Pract.* 1999; 5(3): 25-34.

١٨- Pew Health Professions Commissions. *Critical Challenges: Revitalizing the Health Professions for the Twenty-First Century.* San Francisco, CA: University of California, San Francisco, Center for Health Professions; 1995.

١٩- *Developing Effective Coalitions:* An Eight Step Guide. Martinez, CA: Contra Costa County Health Services Department; 1994.

٢٠- Lumpkin JR. Six principles of public health information. . J Public Health Manage Pract. 1995; 1(1): 40-42.

٢١- Keppel KG, Freedman MA. What is assessment? . *J Public Health Manage Pract.* 1995; 1(2): 1-7.

٢٢- Friis RH, Sellers TA. *Eipdemiology for Public Health Practice.* Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 1996.

٢٣- Thacker SB, Stroup DF, Parrish RG, Anderson HA. Surveillance in environmental public health: Issues, systems, and sources. *Am J Public Health.* 1996; 86: 633-638.

٢٤- Public health Foundation. States report minimal efforts to track environmental diseases. *Public Health Macroview.* 1995; 7(1): 4-5.

٢٥- Friede A, O'Carroll PW. CDC and ATSDR electronic information resources for health officers. . *J Public Health Manage Pract.* 1996; 2 (3): 10-24.

٢٦- CDC. Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Safer and healthier foods. *Morb Mortal Wkly Rep.* 1999; 48(40): 905-913.

٢٧- Elibert KW, Barry M, Bialek R, Garufi M. *Measuring Expenditures for Essential Public Health Services.* Washington, DC: Public Health Foundation; 1996.

٢٨- Elibert KW, Barry M, Bialek R, et al. Public health expenditures: Developing estimates for improved policy making. . *J Public Health Manage Pract.* 1997; 3(3): 1-9.

٢٩- Barry M, Centra L, Pratt E, Brown CK, Giordano L. *Where Do the Dollars Go? Measuring Public Health Expenditures.* Washington, DC: Public Health Foundation; 1998.

٣٠- U.S. Department of Health and human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health.* Washington, DC: DHHS-PHS; 2000.

الفصل السابع

تدخلات الصحة العامة



تؤثر ممارسة الصحة العامة فى كل فرد فى المجتمع بشكل أو بآخر. إلا أن الانطباع الذى غالبًا ما يرتبط فى أذهان الناس عن الصحة العامة هو تقديم الرعاية الطبية – وغالبًا ما تكون علاجية – إلى الفئات السكانية ذات الدخول المنخفضة. وعلى الرغم من أن هذا الانطباع مفهوم، إلا أنه مقلق للمهنيين فى الصحة العامة.

وهناك عدة أسباب لانتشار هذا الانطباع. فالعديد من الناس يساوون الصحة العامة بما تقوم به مؤسسات الصحة العامة بما أن مؤسسات القطاع العام تلعب دور الضامن فى خدمة الأفراد الذين يفتقرون إلى القدرة على الحصول على الرعاية الصحية. ودائمًا ما يحجب دور الضامن الحيوى هذا الضوء عن التدخلات الموجهة للسكان التى تقوم بها تلك المؤسسات. وفى الحقيقة، يذهب الجزء الأعظم من موارد الصحة العامة لدعم الرعاية الشخصية بالمقارنة بالتدخلات الموجهة للسكان. وتختلف هذه الانطباعات حول المنتجات الرئيسية لممارسة الصحة العامة عن انطباعات الممارسين للصحة العامة الذين يعتقدون بأن التدخلات الموجهة للسكان هى بمنزلة القلب والروح لممارسة الصحة العامة. ولكن المهنيين فى الصحة العامة يعتقدون أيضًا بأن الصحة العامة هى أرحب مما تقوم به مؤسسات الصحة العامة وأن كلاً من القطاعين العام والخاص يقومان بتوفير تدخلات وقائية بالإضافة إلى التدخلات العلاجية. وتعتبر التدخلات الوقائية التى تستهدف الأفراد وقاية إكلينيكية فى حين تعتبر التدخلات التى تستهدف المجموعات السكانية تدخلات فى المجتمع. وعلى الرغم من أن الوقاية الموجهة للسكان عادة ما تنسب إلى جهود القطاع العام، إلا أن هذا يجب ألا يوحى بأن الوقاية من المرض وتعزيز الصحة يتوافران من خلال القطاع العام فقط أو أن التحول المستقبلى فى مستوى ونسبة هذه الإستراتيجيات الموفرة من قبل مقدمى الخدمات فى القطاعين العام والخاص غير ممكن. ولكن يبدو أن عامة الناس يفهمون ويمنحون قيمة أكبر للرعاية الشخصية سواء العلاجية أو الوقائية، فى الحين الذى يعتبر فهمهم للتدخلات الموجهة للسكان أقل اكتمالاً على الرغم من أن استفتاءات الرأى العام تشير إلى أن هذه التدخلات تحظى بالتقدير الكبير أيضًا.

وكما أن الناس يتمنون بأن يشتهروا من خلال طموحاتهم بنفس القدر الذى يشتهرون به من خلال أفعالهم، تسعى الصحة العامة بأن ترتبط بالمجموعة الواسعة من الإستراتيجيات التى تعزز وتحمى وتحافظ على الصحة. وغالبًا ما تنظم هذه الإستراتيجيات، فى شكل إستراتيجيات تدخل متنوعة، فى هيئة برامج. وتمثل البرامج منتجات قابلة للتحديد لعمل نظام الصحة العامة. وسوف يبحث هذا الفصل من الكتاب

الأشكال المتعددة لتدخلات الصحة العامة إضافة للخطوات الرئيسية فى تخطيطها وتطويرها وتقييمها. وتشمل الأسئلة الرئيسية التى يتناولها هذا الفصل ما يلى:

- ما التدخلات والبرامج الهامة للصحة العامة؟
- ما الخصائص الرئيسية التى تميز التدخلات الوقائية الإكلينيكية عن التدخلات الموجهة للسكان (population-based interventions)؟
- كيف يتم تخطيط وتقييم تدخلات الصحة العامة؟

التدخلات والبرامج والخدمات:

تنبثق نتائج نظام الصحة العامة من القيام بالعمليات المهمة للنظام. وتؤثر عمليات الصحة العامة، المشمولة فى إطار خدمات الصحة العامة الحيوية، فى النتائج بشكل مباشر وغير مباشر معًا. وتؤثر تلك العمليات بشكل مباشر على النتائج عن طريق تحديد المشاكل المهمة وتعبئة الجهود لمعالجة تلك المشاكل. وتظهر التدخلات فى أشكال متعددة، تشمل القوانين والأنظمة والسياسات والبرامج التى يقصد بها تحسين الحالة الصحية. وتنظم معظم التدخلات فى هيئة برامج تحتوى على عمليات جزئية أساسية تسعى مجتمعة لتحقيق نتائج محددة. ومن هذا المنظور، تسهم عمليات الصحة العامة فى كل من استحداث وتشغيل البرامج. وعلى هذا النحو، تعتبر البرامج بمنزلة مركبات مفهومة ومفيدة تربط ممارسة الصحة العامة بنتائج محددة.

والبرامج (programs) هى تجميع للعمليات التى تشترك فى نفس الأهداف؛ حيث إن تجميع وفصل برامج متميزة قد ينتج عنه صيغ مختلفة. وعلى سبيل المثال، يمكن اعتبار التحصينات ضد الحصبة ومراقبة الحصبة إما على أنهما برنامجان منفصلان أو على أنهما عناصر فى برنامج واحد حسب صياغة أهداف البرنامج الخاص بهما. ومن الممكن أن يكون هدف برنامج منفصل للتحصين ضد الحصبة هو تحقيق معدل ٩٠٪ تحصين من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٢-٣ سنوات فى تجمع سكانى معين. فى حين يكون هدف برنامج منفصل لمراقبة التحصين ضد الحصبة هو تقصى حالات الحصبة المبلغ عنها حديثًا خلال ٤٨ ساعة. ويمكن اعتبار كلا البرنامجين على أساس كونهما جزءًا من برنامج أكثر شمولاً للوقاية والسيطرة على الحصبة يمكن لهدفه أن يصاغ على أنه السعى لخفض معدل الإصابة بالحصبة بنسبة معينة عن المعدل الحالى.

كما توفر البرامج أيضًا إطارًا مفهومًا لوصف نطاق ومضمون ممارسة الصحة العامة ولتصنيف نفقات الصحة العامة. وتقوم المنظمات بصفة عامة بتطوير الميزانيات وتتابع النفقات لكل برنامج على حدة. ونتيجة لهذا، تتوافر المعلومات حول الأبعاد الاقتصادية لبرامج الصحة العامة، مثل تلك الموضحة فى الفصلين الرابع والسادس من هذا الكتاب، على عدة مستويات. ولكن ممارسة الصحة العامة ليست مجرد تجميع للبرامج كما أن منظمات الصحة العامة هى أكثر من ٤٠ شركة تحت سقف واحد على حد وصف أحد المسئولين الصحيين لمؤسسته فى بداية التسعينيات الميلادية، وذلك قبل إعادة النظر فى تركيز المنظمة من منظمة ترتكز على البرامج إلى منظمة تركز على وظائف الصحة العامة الأساسية.

وفى بعض الأحيان، يطلق على البرامج والعمليات الخاصة بعناصرها مصطلح خدمات (services) فى حالة وجود بعض المنفعة التى تمنح للفرد أو المجموعة المستهدفة بتلك التدخلات. وربما تؤدى العمليات الأخرى للبرامج لدعم تقديم الخدمات. ويمكن تصنيف بعض خدمات الصحة العامة، مثل التحصينات فى مرحلة الطفولة، على أنها خدمات إكلينيكية إذا كان هدفها المباشر هو حماية أو تحسين صحة الفرد. فى حين يمكن اعتبار خدمات الصحة العامة الأخرى، مثل إضافة الفلورايد لشبكة المياه العامة، على أنها خدمات موجهة للسكان إذا وجهت نحو مجموعة من الأفراد أو لجميع السكان.

ويمثل هذا المفهوم للخدمات جانبًا واحدًا لما تقوم به البرامج على الرغم من أن البرامج دائمًا ما تعرف بالخدمات التى تقدم من خلالها. وعلى سبيل المثال، ينظر إلى برامج التحصين بصفة عامة على أنها لقاحات تعطى للأفراد على الرغم من أن الجرعات الفعلية المعطاة لا تمثل سوى نشاط واحد فقط لذلك البرنامج. حيث إن تثقيف العامة وتثقيف مقدمى الخدمة والوصول للمستهدفين وتحديد مدى الالتزام بالتحصينات المقررة وحفظ السجلات والمتابعة هى أيضًا أنشطة لبرامج التحصين. وتشكل هذه الأنشطة مجتمعة برنامجًا من أشهر خدماته اللقاحات. وغالبًا ما تستخدم مصطلحات البرامج (programs) والخدمات (services) بصورة تبادلية، عندما يتم التقرير عن أنشطة الصحة العامة. ويؤدى استعمال مصطلح خدمات (services) بدلاً من مصطلح عمليات (processes)، فى إطار خدمات الصحة العامة الحيوية إلى تعكير الماء أكثر لأن تلك ليست خدمات على شاكلة الخدمات الإكلينيكية الوقائية والخدمات الموجهة للسكان التى سبق وصفها.

وتوفر البيانات المستمدة من اللمحات المختصرة (profiles) عن إدارات الصحة المحلية الصادرة عن الرابطة الوطنية للمسئولين الصحيين فى الأقاليم والمدن مقياس عام لانتشار برامج الصحة العامة[١٠٢]. ويلخص توضيح (٧-١) معلومات من المسح الذى أجرته الرابطة الوطنية للمسئولين الصحيين فى الأقاليم والمدن للعام ١٩٩٦-١٩٩٧، باستخدام تصنيفات مستمدة من وثيقة الصحة العامة فى أمريكا (Public Health in America)[٣]. حيث تعتبر البرامج والخدمات الهادفة إلى الوقاية من الأوبئة وانتشار الأمراض والحماية من المخاطر البيئية شائعة بين إدارات الصحة المحلية. ويقدم العديد منها من قبل أكثر من ٧٥٪ من إدارات الصحة المحلية على المستوى القومى، وتشمل التحصينات وخدمات الدرن واختبارات الكشف عن الإصابة بارتفاع ضغط الدم وسلامة الأغذية واختبارات الكشف عن الرصاص والصرف الصحى وسلامة مصادر المياه الخاصة. كما هناك عدة برامج لتعزيز السلوكيات الصحية والحث عليها تعتبر شائعة أيضًا، وخاصة التثقيف الصحى العام وخدمات النساء والرضع والأطفال، فى حين تقدم خدمات الوقاية من الإصابات وخدمات الكوارث والطوارئ والأنشطة الهادفة لضمان الجودة والوصول للخدمات الصحية على نحو أقل ثباتًا فى المجتمع من خلال إسهام إدارات الصحة المحلية. ومن بين برامج الصحة الشخصية، تقدم ٥٠-٧٠٪ من إدارات الصحة المحلية الكشف الدورى المبكر عن الأمراض والتشخيص والعلاج (early periodic screening, diagnosis, and treat- ment (EPSDT)) للمؤهلين تحت نظام الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين (Medicaid- eligible) فى شكل رعاية ما قبل الولادة وتنظيم الأسرة (family planning) وإدارة الحالة واختبارات الكشف الصحية والعلاج. أما بالنسبة لبرامج الصحة البيئة، تقدم ٥٠-٧٠٪ من إدارات الصحة المحلية خدمات متصلة بسلامة مصادر المياه العامة وتلوث المياه والسيطرة على نواقل المرض والخدمات المعملية وخدمات الاستجابة للطوارئ البيئة. كما يشترك أقل من نصف إدارات الصحة المحلية على المستوى القومى فى تقديم خدمات السيطرة على الإصابات والصحة والسلامة المهنية وصحة الأسنان والصحة السلوكية وتعاطى المواد المخدرة والصحة المنزلية أو خدمات الرعاية الأولية. ويقدم أكثر من ٧٥٪ من إدارات الصحة المحلية خدمات تتعلق بتقييم المجتمع والوصول إلى الفئات المستهدفة فى المجتمع (community outreach) والتثقيف الصحى والأنشطة المرتبطة بعلم الأوبئة والمراقبة. وتصف هذه اللمحات المختصرة مجتمعة مجموعة من برامج وخدمات الصحة العامة المحلية الجديرة بالذكر بسبب كل من نطاقها الواسع وتنوعها المحلى.

توضيح (٧-١)

نسبة إدارات الصحة المحلية التى تقوم مباشرة بتقديم الخدمات والإسهام بالموارد أو التعاقد لبرامج وخدمات الصحة العامة فى التجمع السكانى، ١٩٩٧م

الوقاية من الأوبئة وانتشار المرض	
السيطرة على الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى	٩١٪
اختبارات الكشف/ وتقديم المشورة حول فيروس مرض نقص المناعة المكتسب والإيدز HIV/AIDS	٧٠٪
اختبارات الكشف عن الدرن	٩٠٪
تحصينات مرحلة الطفولة	٩٣٪
الكشف الدورى المبكر عن الأمراض والتشخيص والعلاج	٦٩٪
التحصينات ضد الأنفلونزا	٩٢٪
التحصينات ضد التهاب الكبد الوبائى ب	٨٨٪
اختبارات الكشف عن السرطان	٦٦٪
اختبارات الكشف عن السكرى	٦٣٪
اختبارات الكشف عن ارتفاع ضغط الدم	٨٦٪

الحماية ضد المخاطر البيئية	
جودة الهواء الداخلى	٤٧٪
سلامة الغذاء	٨٤٪
التفتيش على المطاعم	٧٩٪
اختبارات الكشف عن الرصاص وتخفيفه	٨٢٪
الصرف الصحى	٧٨٪
إدارة الفضلات الصلبة	٥٥٪
مصادر المياه العامة	٦٣٪
مصادر المياه الخاصة	٧٧٪
نواقل المرض	٦٢٪
الخدمات المعملية	٦٠٪

الوقاية من الإصابات	
الصحة والسلامة المهنية	٣٤٪
السيطرة على الإصابات	٤٩٪

تعزيز والحث عليها السلوكيات الصحية	
التثقيف الصحى/خفض الخطر	٨٧٪
الوقاية من أخطار التبغ	٦٨٪
اختبارات الكشف عن أمراض أوعية القلب	٥٢٪
النساء والرضع والأطفال (WIC)	٧٤٪
الصحة المدرسية	٦٥٪
صحة الأسنان	٤٤٪

الاستجابة للكوارث/المساعدة على تجاوز آثارها	
الطوارئ البيئية	٦٦٪
المواد الخطرة	٥٧٪
الصحة السلوكية والنفسية	٢٦٪

إنشاء العلاقات التفاعلية (cross-cutting)	
التقييم فى المجتمع	٧٦٪
الوصول إلى الفئات المستهدفة والتثقيف فى المجتمع	٨٧٪
علم الأوبئة والمراقبة	٨٣٪

ضمان الجودة والوصول إلى الخدمات	
الرعاية الأولية	٢٠٪
رعاية ما قبل الولادة	٥٧٪
صحة الأمومة	٧٥٪
تنظيم الأسرة	٦٥٪
رعاية التوليد	٣١٪
إدارة الحالة	٦٨٪
تعاطى المواد المخدرة	٢٦٪
العيادات المدرسية	٢٣٪
الترخيص للمرافق الصحية	٥٣٪
الخدمات الصحية المنزلية	٤٤٪

WIC= النساء والرضع والأطفال.

المصدر:

Data from *Profile of Local Health Departments 1996-1997 Data Set*, National Association of County and City Health Officials, 1997.

تصنيف برامج وخدمات الصحة العامة:

تلقى عملية تجميع البرامج فى فئات تركز على النتائج الواسعة النطاق مزيداً من الضوء على منتجات ممارسة الصحة العامة. ويفهم المتابعون الخارجيون الذين يفكرون فى الصحة العامة من منظور البرامج والخدمات، بدلاً من كونها عمليات داخلية، هذا الأسلوب بسهولة. وتمثل فئات النتائج الضخمة التى تضمنها بيان الصحة العامة فى أمريكا (انظر كلاً من توضيح (١-٥) وتوضيح (٧-١)) ما تقوم به الصحة العامة[٣]. وتوفر الفئات الست للبرامج تجميع واضح وشامل لمنتجات نظام الصحة العامة التى تسعى إلى:

- الوقاية من الأوبئة.
- حماية البيئة وأماكن العمل والسكنى والغذاء والمياه.
- الوقاية من الإصابات.
- تشجيع السلوكيات الصحية.
- الاستجابة للكوارث.
- ضمان الجودة والحصول على الخدمة والمسئولية عن الخدمات الصحية.

وتحتوى كل فئة من هذه الفئات على مزيج من التدخلات الوقائية التى تستهدف كلاً من المجتمعات والأفراد. وتشمل الوقاية من الأوبئة على جهود مثل مراقبة الأمراض وتقصى الأمراض ومتابعة الأشخاص المتصلين بالحالات المصابة وإدارة الحالة والعلاج الوقائى والخدمات المعملية والتحصينات. وتشمل الحماية البيئية مراقبة جودة الماء والهواء والترخيص وفرض المواصفات المتعلقة بالغذاء والإسكان وسلامة بيئة العمل والترخيص للتخلص من الفضلات السامة ومراقبة الأوضاع الخطرة وخدمات تقييم الخطر البيئى وخدمات تقييم التسمم والخدمات المعملية وأنشطة فرض وتطبيق القوانين واللوائح. فى حين تشمل الوقاية من الإصابات على مراقبة الإصابة وشبكة خدمات الحوادث وتثقيف الناس وحملات التوعية وبرامج إعارة مقاعد السيارات المخصصة لركوب الأطفال وما شابهها. ويشمل تشجيع السلوكيات الصحية مراقبة العوامل السلوكية المنشئة للخطر وبرامج اللياقة البدنية والتثقيف الصحى الشامل فى المدارس وتعزيز الصحة فى أماكن العمل والبرامج الهادفة إلى خفض نسبة الخطر على نطاق المجتمع وإسهام وسائل الإعلام والتثقيف الصحى وتثقيف أولياء الأمور وتبادل المعلومات وغيرها من مصادر الإحالة (referral). وتشمل الاستجابة للكوارث تخطيط الكوارث وصيانة نظام الطوارئ

الطبية والشبكات الإسعافية وتدريبات إدارة الكوارث وتأسيس نظام المعلومات الخاص بالطوارئ. ويمكن أن يشتمل ضمان الجودة والحصول على الخدمة والمسئولية عن الخدمات الصحية على منح التراخيص والشهادات للمهن والمرافق الطبية وضمان جودة الخدمات المعملية ومراقبة النتائج فى المستشفيات ومراقبة نتائج الخدمات الشخصية وتقييم مدى توافر الخدمات الشخصية وتقييم مستويات الرضا عند المرضى ودراسات فعالية التكاليف وميكنة وربط إدارات قواعد البيانات.

وباستخدام الإطار الفكرى الموضح سابقًا فى الفصل الثالث من هذا الكتاب، يمكن وصف هذه البرامج والخدمات أيضًا بمدلولات التدخل الإستراتيجى ومستوى الوقاية ونطاق الممارسة والفئة السكانية المستهدفة. وتشمل التدخلات الإستراتيجية تعزيز الصحة والحماية الخاصة والتحديد المبكر والعلاج ومحدودية القدرة الناتجة عن العجز وإعادة التأهيل. يمكن تصنيف التدخلات حسب مستوى الوقاية إلى أولية (primary) وثانوية (secondary) أو تدخلات من الدرجة الثالثة (tertiary). وحسب نطاق الممارسة، يمكن القيام بالتدخلات من قبل الممارسين فى الصحة العامة أو الممارسين للرعاية الطبية. وتصنف التدخلات أيضًا حسب الفئات السكانية المستهدفة بتلك التدخلات إما الأفراد أو المجتمعات السكانية.

وكما هو مبين فى توضيح (٧-١)، تعتبر النشاطات المتوافرة للقيام بوظائف الصحة العامة الأساسية واسعة. فالبعض منها خدمات وقائية ذات صبغة إكلينيكية تستهدف الأفراد والبعض الآخر يمثل برامج وخدمات موجهة للسكان. وتركز الخدمات الإكلينيكية الوقائية على البحث المبكر عن الحالة والجوانب الأخرى من الرعاية الأولية، فى حين ترتبط البرامج والخدمات الموجهة للسكان على نحو كبير بخدمات متنوعة فى مجالات تعزيز الصحة والحماية الخاصة (specific protection). وهناك تداخل كبير فيما بين الفئتين وخاصة فيما يتصل بخدمات البحث المبكر عن الحالة والحماية الخاصة.

الخدمات الوقائية الإكلينيكية:

تشتمل الخدمات الإكلينيكية الوقائية (Clinical Preventive Services) على اختبارات الكشف عن الأمراض والتدخلات الإستشارية (counseling interventions) والتحصينات والحميات الوقائية للأفراد من جميع الفئات العمرية وفئات الخطر. منذ منتصف الثمانينيات الميلادية، تمت مراجعة المعلومات حول فعالية خدمات وقائية إكلينيكية

معينة من قبل فريق العمل الخاص بالخدمات الوقائية فى الولايات المتحدة (U.S. Pre-ventive Services Task Force)[٤] وفى صميم هذه المراجعة هناك أربعة أسئلة رئيسية[٥]:

- ما مدى أهمية الحالة المستهدفة؟
- ما مدى أهمية العامل المنشئ للخطر (risk factor)؟
- هل الخدمة الوقائية فعالة؟
- إلى أى مدى يمكن تحديد العامل المنشئ للخطر أو الفئة السكانية المستهدفة بدقة؟

يتم تقييم أهمية الحالة المستهدفة باستخدام معايير التكرار (frequency) ودرجة الخطورة (severity). ويعتبر كل من معدل الإصابة (incidence) ومعدل انتشار أو شيوع المرض (prevalence) معيارين رئيسين للتكرار أما معدلات الوفاة (mortality) والإصابة (morbidity) والبقاء على قيد الحياة (survival) فهى معايير مفيدة لدرجة الخطورة. وتحدد أهمية العامل المنشئ للخطر من خلال تكراره (معدل الإصابة ومعدل انتشار أو شيوع المرض) ومن خلال مقاييس حجم العلاقة بين العامل المنشئ للخطر وبين الحالة المستهدفة، مثل الخطر المطلق (absolute risk) والخطر المنسوب (attributable risk). ويقيس الخطر المطلق معدل الإصابة بالحالة المستهدفة فى الفئة السكانية المتأثرة بالعامل المنشئ للخطر. فى حين يقيس الخطر المنسوب كمية الخطر المنسوب لعامل واحد معين منشئ للخطر.

ويتم إجراء التقييمات المتعلقة بفعالية الخدمات الوقائية، بشكل جزئى، من خلال فحص جودة البراهين العلمية المتوافرة عن تدخلات معينة. ويتم إعطاء وزن أكبر فى هذه العملية للبراهين المستقاة من التجارب الميدانية ذات العينات العشوائية المتحكم بها من خلال تحييد أثر العوامل الخارجية (randomized controlled trails) والمصممة بشكل صحيح ثم يأتى فى المرتبة الثانية البراهين المستمدة من التجارب الميدانية المتحكم بها من خلال تحييد أثر العوامل الخارجية ذات العينات غير العشوائية (controlled trails without randomization) ودراسات الجماعة (cohort studies) الجيدة التصميم أو دراسات مقارنة الحالة بالعينة الضابطة (case control studies) (مع تفضيل الدراسات المتعددة المراكز (multicenter studies)) ودراسات السلاسل الزمنية المتعددة (multiple time series) أو الدراسات التى لا يتم فيها تحييد أثر العوامل الخارجية (uncontrolled studies) والرأى الإكلينيكى المقدم من قبل الخبراء (expert clinical opinion).

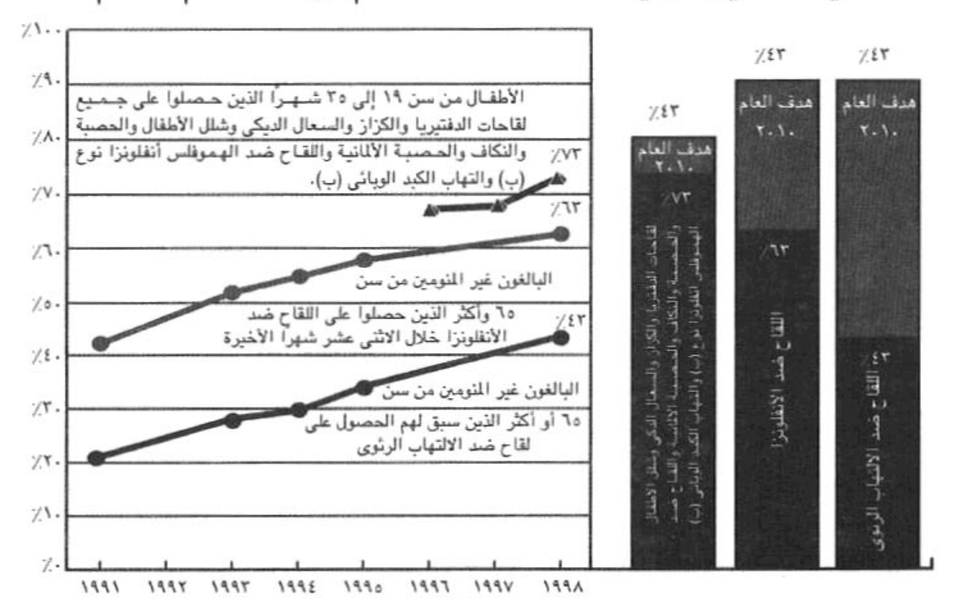
وتعتمد الدقة فى تحديد العامل المنشئ للخطر أو الفئة السكانية المستهدفة على معايير اختبار الحساسية (sensitivity)، ويرمز إلى نسبة الأشخاص المصابين الذين تكون نتائج الاختبارات التى أجريت لهم إيجابية (positive)، واختبار الخصوصية (specificity)، والذى يرمز إلى نسبة الأشخاص غير المصابين التى تكون نتائج الاختبارات التى أجريت لهم سلبية (negative)، والقيمة التنبئية الإيجابية للاختبار (positive predictive value) وترمز إلى نسبة نتائج الاختبارات الإيجابية الصحيحة. وبالنسبة لاختبارات الكشف عن المرض، يأخذ المعيار بعين الاعتبار دقة وفعالية الكشف المبكر عن المرض. أما بالنسبة للتدخلات الاستشارية، فيرتبط المعيار بفعالية خفض الخطر وبفعالية الخدمة الاستشارية. وتعتبر فعالية اللقاحات معياراً رئيساً لتقييم تلك التدخلات. أما بالنسبة للمعالجة الوقائية الكيميائية، فإن المعيار يرتبط بالفعالية بالإضافة إلى قوة تأثير الخدمة الاستشارية. وقد نشرت التوصيات الخاصة بالخدمات الإكلينيكية الوقائية فى عام ١٩٨٩م وتمت مراجعتها فى عام ١٩٩٥م لعدد من المجموعات العمرية وحالات الخطر المختلفة. ويوضح ملحق (٧-أ) تلك التوصيات. ولم يقصد بهذه التوصيات بأن تستخدم كمعايير للرعاية وإنما قصد بها أن تكون بمنزلة بيانات حول جودة البراهين المتوافرة لتبرير توظيف الممارسات كتدخلات وقائية فعالة.

وقد برهن على فعالية التحصينات من خلال الانخفاض الذى بلغ أكثر من ٩٩٪ لأمراض شملت شلل الأطفال والحصبة الألمانية والدفتيريا والسعال الديكى. كما أسهم أيضاً عدد من اختبارات الكشف عن المرض فى الانخفاض فى معدلات الإصابة بالمرض والوفيات. فعلى سبيل المثال، أسهم اختبار الكشف عن ارتفاع ضغط الدم فى الانخفاض الذى بلغ ٦٧٪ فى الوفيات الناجمة عن السكتة الدماغية منذ عام ١٩٦٨م، كما أسهمت الفحوصات على المواليد الجدد للكشف عن كل من قصور الدرقية الخلقى (congenital hypothyroidism) وبيلة الفنيل كيتون (phenylketonuria)، واختبارات الكشف عن سرطان عنق الرحم من خلال اختبار بابا نيكولا (Pap smear test) بشكل كبير فى خفض عبء هذه الأمراض. كما أسهمت أيضاً المعالجة الوقائية الكيميائية، وخاصة لأمراض مثل الدرن، فى الانخفاض فى معدلات المرض والوفاة فى العقود الحديثة. وعلى الرغم من النجاح الذى حققته هذه الأنماط من الخدمات الإكلينيكية الوقائية، إلا أن النجاح الأعظم يكمن فى تغيير السلوكيات الشخصية. فى المجال الإكلينيكى، يبدو أن الخدمة الاستشارية، المدعومة غالباً باختبارات الكشف عن المرض، هى الخدمة الإكلينيكية الوقائية التى تكمن فيها أكبر احتمالات النجاح[٤].

وعلى الرغم من الفعالية المثبتة للعديد من التدخلات الإكلينيكية الوقائية، فإنها تظل غير موظفة توظيفًا كاملاً، كما أشارت إليه أهداف برنامج الناس لأصحاء للعام ٢٠١٠م الخاصة بتدخلات وقائية إكلينيكية معينة موضحة فى شكل (٧-١). وغالبًا ما ترتبط أسباب الفشل فى توفير تدخلات إكلينيكية وقائية بممارسات الدفع عن الخدمات المقدمة للمستفيدين (reimbursement practices) وتثقيف مقدمى الخدمات وأنماط الممارسة وبالنظام الصحى التعددى والمتشعب فى الولايات المتحدة. إضافة إلى هذه العوامل، زرعت كثرة التوصيات بشأن الاستخدام الملائم لهذه التدخلات الحيرة والشك بين العديد من مقدمى الخدمات الصحية حول ما يجب عمله بالتحديد ومتى يجب عمله. ومما يزيد الصورة تعقيداً هو الريبة والشك الضمنيان بين مقدمى الخدمات حول ما إذا كانت تدخلات مثل الخدمات الاستشارية هى فعالة أساساً. وتعالج العملية المطورة من قبل فريق عمل الخدمات الوقائية فى الولايات المتحدة مصدرى القلق الأخيرين بشكل مباشر.

شكل (٧-١)

تغطية التحصين، الولايات المتحدة، ١٩٩١-١٩٩٨م، وأهداف العام ٢٠١٠م



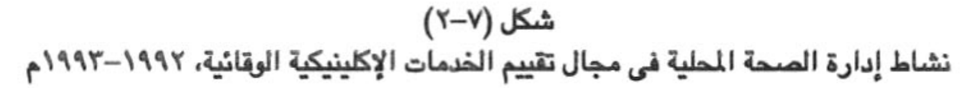
المصدر أعيد طباعته من:

Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

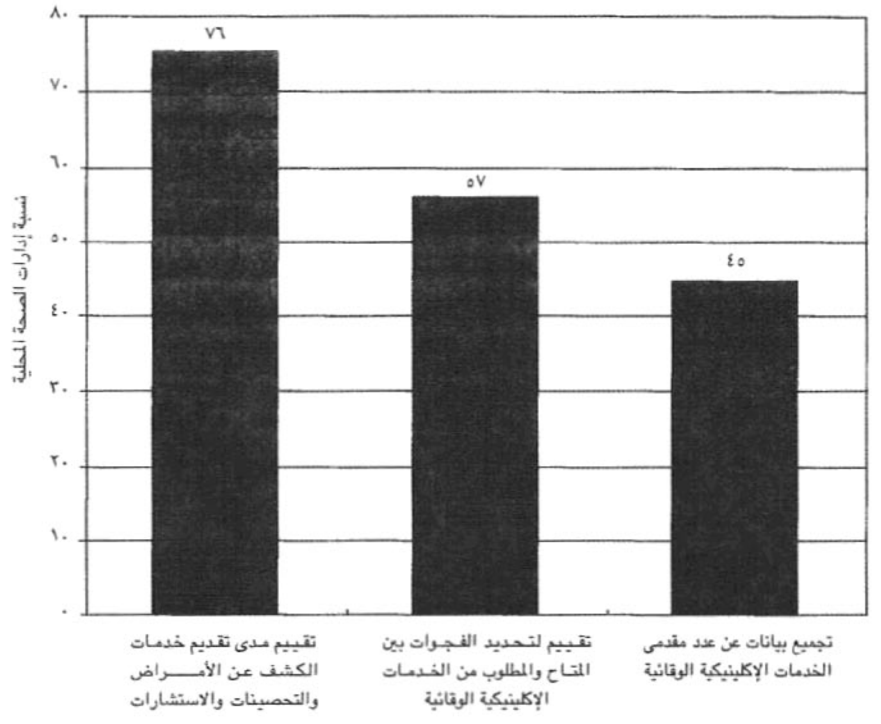
وقد صاحب مراجعة البراهين المؤدية إلى توصيات فريق العمل الخاصة بمجموعات عمرية وحالات الخطر المختلفة عدد من النتائج المهمة. حيث خلص فريق العمل إلى أن التدخلات التى تعالج الممارسات الصحية الشخصية للمريض هى على درجة بالغة من الأهمية عطفًا على الأخطار والمشاكل الصحية الرئيسية التى تواجه سكان الولايات المتحدة فى الوقت الراهن. ويجب على مقدمى الخدمات أن يقوموا بدور أكبر فى مساعدة مرضاهم فى خفض نسبة الخطر فى حياتهم اليومية. وباختصار، تعتبر السلوكيات الصحية الشخصية مصدر قلق إكلينيكى حقيقيًا ومهمًا مما يستوجب على كل من الممارسين الإكلينيكيين والمرضى أن يشتركوا فى اتخاذ القرار بشأن التدخلات الممكنة. وفى صدد تحديد مدى فعالية العديد من اختبارات الكشف عن المرض، تبين لفريق العمل عدم فعالية عدد منها. لذا يجب تجنب هذه الخدمات عديمة الجدوى والفعالية وتحويل تكاليفها بما أن الممارسين الإكلينيكيين قد أصبحوا يتمتعون بانتقائية أكبر فى وصف اختبارات الفحص وتوفير الخدمات الوقائية. والأكثر أهمية هو توصل فريق العمل إلى أن هناك العديد من الفرص فى مجال تقديم الخدمات الوقائية التى لم يتم استثمارها، وخاصة بالنسبة للأشخاص الذين تتسم قدرتهم فى الحصول على الرعاية الصحية بالمحدودية.

ومن الأمور المهمة الأخرى التى توصل إليها فريق عمل الخدمات الوقائية فى الولايات المتحدة هى أنه بالنسبة لبعض المشاكل والأخطار الصحية تعتبر التدخلات الوقائية على نطاق واسع فى المجتمع أكثر فعالية من الخدمات الإكلينيكية. ولكن هذا لا يلغى دور مقدمى الخدمات الإكلينيكية؛ لأن بقاءهم فى التجمع السكانى يمكن أن يخدم كثيراً فى تطوير التدخلات فى المجتمع السكانى وربطها بتقديم الخدمات الإكلينيكية على نحو أكثر فعالية.

وتلقى المعلومات حول الخدمات الإكلينيكية الوقائية مزيداً من الضوء على نطاق وحجم تدخلات الصحة العامة. وحتى وقت قريب نسبيًا، كان هناك قدر ضئيل جداً من المعلومات المتوافرة عن هذه الخدمات. ولكن من خلال المسوحات الوطنية التى أجريت من قبل مراكز السيطرة والوقاية من المرض والمركز الوطنى للإحصاءات الصحية (انظر الفصل السادس)، تم جمع معلومات عن المجتمع بوجه عام. وتتوافر هذه المعلومات بشكل أقل على المستوى المحلى فى ظل قيام أكثر من نصف مؤسسات الصحة المحلية فقط بجمع معلومات عن الخدمات الإكلينيكية الوقائية (شكل ٧-٢).



شكل (٧-٢)
نشاط إدارة الصحة المحلية فى مجال تقييم الخدمات الإكلينيكية الوقائية، ١٩٩٢-١٩٩٣م



المصدر أعيد طباعته من:

National Association of County and City Health Officials and Centers for Disease Control and Prevention, *Profile of Local Health Departments,* 1992-1993, 1995, Washington, D.C.

الخدمات والبرامج الوقائية فى المجتمع:

تركز الوقاية الموجهة للسكان (population-based community prevention) على تقييم ومعالجة المشاكل والاحتياجات الصحية الشائعة بالإضافة إلى المشاكل والاحتياجات الصحية الطارئة. وبمدلولات الوقاية الأولية، يتم استهداف تلك الأخطار المرتبطة بالتغذية والبيئية والسلوك. وتشمل الخدمات توفير المعلومات الصحية والتثقيف الصحى لجميع السكان أو لمجموعات معينة معرضة للخطر بشكل أكبر، وتقييم الصحة فى المجتمع وتقصى المخاطر الصحية وفرض القوانين والأنظمة والخدمات الإكلينيكية الوقائية.

وتشمل هذه الفئة من الخدمات الإستراتيجيتين الأساسيتين للوقاية الأولية وهما تعزيز الصحة (health promotion) والوقاية الخاصة (specific prevention) بالإضافة إلى الإستراتيجيات الخاصة بالوقاية من المستوى الثانى. وتستهدف هذه الإستراتيجيات الفئات السكانية إلى حد كبير، جميع السكان أو مجموعات معينة. ويجب النظر إلى هذه الخدمات على أنها ممارسة للصحة العامة بصرف النظر عما إذا كانت هذه الخدمات تقدم من قبل منظمات ومقدمى خدمات يعملون فى القطاع الخاص أو منظمات ومقدمى خدمات يتبعون للقطاع العام. وليس من الضرورى أن توفر جميع هذه الخدمات من قبل القطاع العام، على الرغم من أن بعض الخدمات المحددة لا يمكن تنظيمها وتقديمها إلا من قبل القطاع العام (مثل إضافة الفلوريد إلى مصادر المياه).

ويطلق فى بعض الأحيان على التقدم الذى تم إحرازه بعد عام ١٩٥٠م فى مجال تحديد العوامل المنشئة للخطر المرتبطة بالأمراض والإصابات المزمنة بـ "الثورة الثانية فى علم الأوبئة" (second epidemiologic revolution). ومع تزايد أهمية أمراض القلب والسكتة الدماغية وداء السكرى البولى وأمراض الرئة المزمنة والإصابات كعوامل مساهمة رئيسية فى المرض والوفاة، شهدت برامج تعزيز الصحة نمواً فى أعدادها ونطاقها فى العقدين الماضيين. وتشمل الأمثلة خفض خطر الإصابة من خلال أحزمة السلامة فى المركبات والتثقيف الصحى للوقاية من استخدام التبغ وحملات التوعية ضد القيادة تحت تأثير الكحول والتثقيف الغذائى (كمية الدهون المتناولة) وحملات التوعية للحث على ممارسة أنشطة اللياقة البدنية واستخدام التبغ الخالى من الدخان (smokeless tobacco use) وإدارة الضغوط والبرامج التى تحث على الممارسة الجنسية السليمة والامتناع عن ممارسة الجنس خارج إطار العلاقة الزوجية (abstinence). وغالبًا ما تسعى إستراتيجيات خفض نسبة الخطر أو الأذى إلى التخفيف من العوامل المنشئة للخطر فى المجتمع بدلاً من إزالتها تماماً من خلال التركيز على إستراتيجيات متعددة وعدم النظر إلى السلوك المؤدى إلى الخطر من منظور أخلاقى أو قيمى.

وعلى الرغم من اعتبارها مهمة بالنسبة للأغراض الصحية، والتركيز عليها على نحو متزايد من قبل المنظمات العامة والتطوعية، إلا أن هذه الخدمات لم تحظ بالقبول على نطاق واسع من قبل مقدمى الخدمات والمنظمات فى القطاع الخاص. ويعود السبب فى ذلك إلى حد ما إلى عدم تغطية تلك الخدمات من قبل برامج التأمين الصحى إضافة إلى كون تلك الخدمات لا تحظى بالتقدير من قبل عامة الناس. ونتيجة لذلك، لم يسع مقدمو تلك

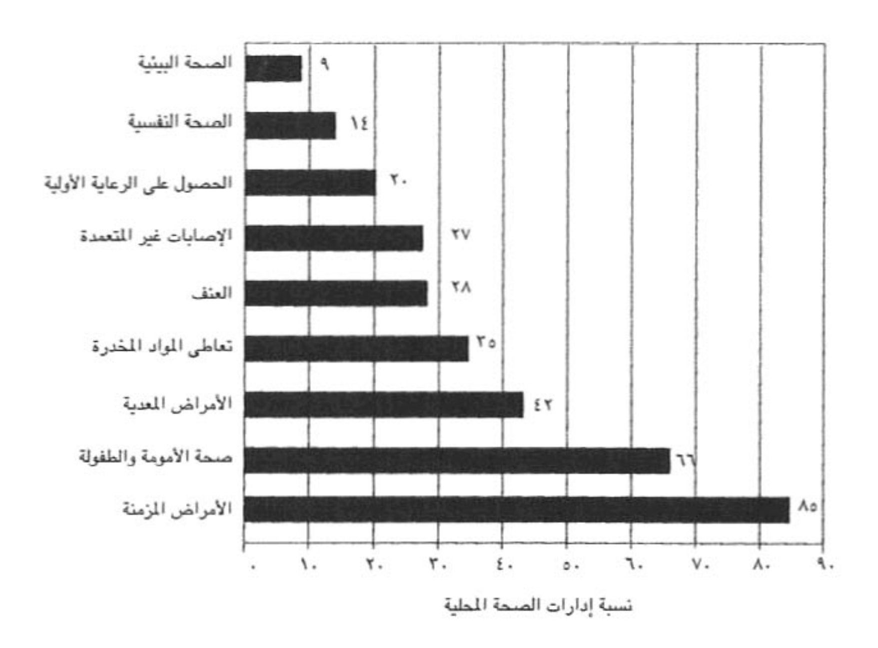
الخدمات للترويج أو بعبارة أخرى حث المستهلكين على استخدامها. وبدلاً من ذلك، وظفت خدمات متعلقة بأمراض معينة (disease-specific services) تركز على التكنولوجيا المتطورة لجذب المرضى ورفع حصة مقدمي تلك الخدمات في السوق. ولكن من المرجح أنه وبعد استكمال عمليات تحديد الاحتياجات الصحية على نطاق واسع في المجتمع في جميع أنحاء الولايات المتحدة سوف يكون هناك إدراك أكبر للحاجة إلى خدمات وقائية في المجتمع مكيفة على نحو يلائم الإصابات والأمراض المزمنة. وتوفر أولويات المجتمع الصحية التي تمخضت عن قيام جميع إدارات الصحة المحلية المرخص لها في ولاية إلينوي (Illinois) بإكمال عملية تحديد الاحتياجات وإعداد خطة صحية للمجتمع (تمشياً مع بروتوكول التقييم للتميز في الصحة العامة الموصوف في الفصل الخامس من هذا الكتاب) في عام ١٩٩٣م و١٩٩٤م دلائل على السير في هذا الاتجاه[٦]. حيث قام أكثر من ١,٢٠٠ مشارك من المجتمع من مختلف أنحاء الولاية من خلال ٨٦ إدارة صحة محلية بتحديد أكثر من ٣٠٠ أولوية صحية في ٩ فئات. وكانت الأمراض المزمنة هي الفئة الأكثر اختياراً كأولوية للصحة العامة حيث صنفت ضمن الأولويات في ٨٥٪ من الخطط الصحية الخاصة بالمجتمعات. وضمن فئة الأمراض المزمنة، تم تحديد أمراض أوعية القلب والسرطان كأولويات من قبل ٧٤٪ و٦٥٪ من عمليات التخطيط الصحي المحلية. واحتلت صحة الأمومة والطفل المرتبة الثانية ضمن فئات الأولويات العليا حيث تم تحديدها بنسبة ٦٦٪، وحدد خفض وفيات الرضع كأولوية ضمن هذه الفئة بنسبة ٤٤٪ من عمليات التخطيط المحلية. ويحدد شكل (٧-٣) الفئات الرئيسية للأولويات المستمدة من تلك الجهود لتقييم الاحتياجات في المجتمع.

ويمكن توفير الخدمات الموجهة للسكان من خلال البرنامج نفسه الذي يقدم الخدمات الإكلينيكية الوقائية. ونتيجة لذلك، يصعب في بعض الأحيان النظر إلى الخدمات الموجهة للسكان على أنها فئات منفصلة عن الخدمات الإكلينيكية الوقائية ولهذا يتم رفع التقارير بشأنهما معًا. وتوضح برامج التحصينات هذه النقطة. حيث يتم تقديم الخدمات الإكلينيكية الوقائية في شكل جرعات فردية من اللقاحات، التي تؤخذ عن طريق الفم أو الحقن، جنبًا إلى جنب الخدمات الوقائية الموجهة لمجموع الأفراد في المجتمع مثل التثقيف الصحي في المجتمع والوصول إلى الفئات المستهدفة في أماكن تواجدها(outreach) وأنشطة المراقبة الإيجابية والسلبية وتقصي الأفراد المتصلين بالحالات المصابة (contact investigation). وقد أسهمت كل من التدخلات الوقائية الموجهة للسكان والتدخلات

الموجهة للأفراد فى التقدم الذى أحرز فى خفض الوفيات والإصابات المهنية خلال القرن العشرين. (انظر "**إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: التحسينات فى سلامة بيئة العمل**"[٧]، لاحقًا).

شكل (٧-٣)

فئات المشاكل الصحية المحددة كأولويات للمشاكل الصحية فى المجتمع من خلال عمليات تقييم الاحتياجات فى المجتمع، إلينوى (Illinois)، ١٩٩٣-١٩٩٤م



المصدر أعيد طباعته من:

Illinois Department of Public Health, IPLAN Objective Summary, 1996.

مثال:

إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين:
التحسينات فى سلامة بيئة العمل

(تعالج تدخلات الصحة العامة المشاكل الصحية ذات الأولوية، محددة أهدافًا للنتيجة (outcome) والأثر (impact) والعملية (process) توظف لقياس مدى نجاحها. توضح الجهود لتحسين سلامة بيئة العمل هذا النموذج وتوفر براهين دامغة على الأثر الناتج من التدخل).

فى بداية هذا القرن (القرن العشرين)، واجه العاملين فى الولايات المتحدة مخاطر ضخمة متعلقة بالصحة والسلامة. ولكن من خلال الجهود المبذولة من قبل العاملين الأفراد ونقابات العمال وأرباب العمل والمؤسسات الحكومية والعلماء وآخرين تم إحراز تقدم كبير فى مجال تحسين هذه الأوضاع. وعلى الرغم من هذه النجاحات، لا يزال هناك الكثير مما يجب عمله فى ظل هدف جميع العاملين فى أن ينعموا بحياة عملية منتجة وآمنة وتقاعد خالٍ من العواقب طويلة الأجل المرتبطة بالأمراض والإصابات المهنية. معتمداً على البيانات المحدودة المتاحة، يوثق هذا التقرير الانخفاض الكبير الذى طرأ على الإصابات المهنية القاتلة خلال سنوات القرن العشرين، ملقيًا الضوء على صناعة التعدين مثالاً على التحسينات فى سلامة العاملين ويناقش التحديات الجديدة فى مجال السلامة والصحة المهنية.

تعكس البيانات المستمدة من مصادر متعددة الانخفاض الكبير فى الوفيات المرتبطة بالعمل عن المعدلات والأرقام العالية للوفيات بين العاملين خلال بدايات القرن العشرين. وتغطى أولى المسوحات التصنيفية للوفيات فى مكان العمل فى الولايات المتحدة فى هذا القرن (القرن العشرين) إقليم أليجينى فى ولاية بنسلفانيا (Allegheny County, Pennsylvania) من يوليه/تموز ١٩٠٦م إلى يونيو/حزيران ١٩٠٧م، فى تلك السنة وفى إقليم واحد، توفى ٥٢٦ عاملاً فى "حوادث عمل"، ١٩٥ من هؤلاء من العاملين فى صناعة الفولاذ. وفى المقابل، فى عام ١٩٩٧م، كان هناك ١٧ وفاة لعاملين فى صناعة الفولاذ فى جميع أنحاء الولايات المتحدة. وقدر مجلس السلامة الوطنية (National Safety Council) أنه فى عام ١٩١٢م نتج عن الإصابات المرتبطة بالعمل ١٨,٠٠٠-٢١,٠٠٠ وفاة. فى عام ١٩١٣م، وثقت دائرة إحصاءات القوى العاملة (Bureau of Labor Statistics) حوالى ٢٣,٠٠٠ وفاة فى القطاع الصناعى من مجموع قوى عاملة بلغت ٣٨ مليون نسمة، أى بمعدل ٦١ وفاة بين كل ١٠٠,٠٠٠ عامل. وتشير البيانات الصادرة عن مجلس السلامة الوطنية من عام ١٩٣٣م إلى عام ١٩٩٧م، وفى ظل أنظمة تقرير مختلفة، أن الوفيات الناجمة عن إصابات مرتبطة بالعمل غير متعمدة قد انخفضت بنسبة ٩٠٪، من ٣٧ وفاة بين كل ١٠٠,٠٠٠ عامل إلى ٤ حالات وفاة. وخلال نفس الفترة، انخفض الرقم السنوى المرادف للوفيات من ١٤,٥٠٠ إلى ٥,١٠٠ فى حين زاد عدد القوى العاملة بأكثر من ثلاثة أضعاف، من ٣٩ مليون نسمة إلى حوالى ١٣٠ مليونًا.

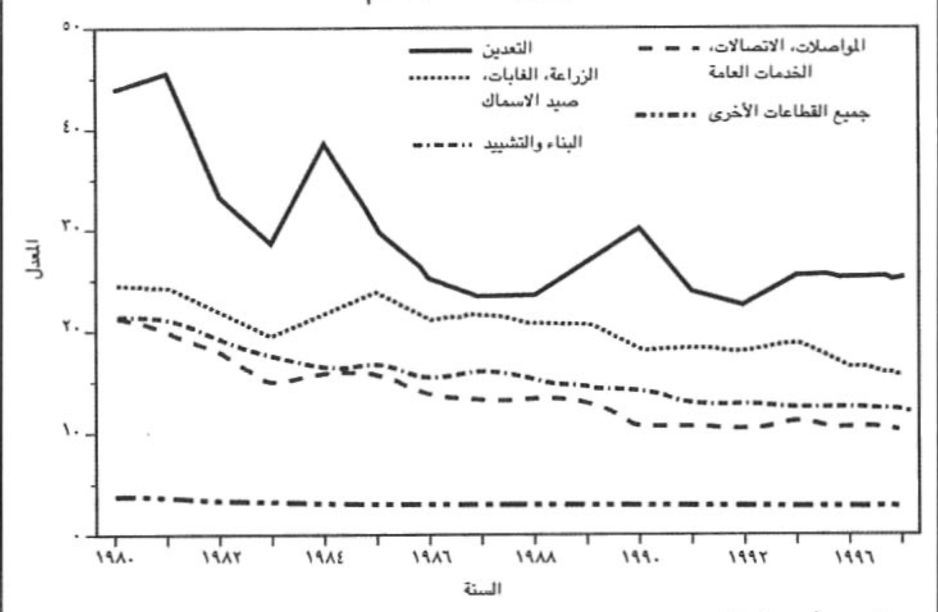
وقد تم جمع بيانات أكثر حداثة، وفى الغالب أكثر اكتمالاً، من شهادات الوفاة من قبل المعهد الوطنى للسلامة والصحة المهنية (National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)) التابع لمراكز السيطرة والوقاية من المرض ونظام المراقبة الوطنى للوفيات الناشئة عن

تابع – مثال:

الإصـابات المهنيـة ((National Traumatic Occupational Fatalities (NTOF)). وتشـيـر تلك البـيـانات إلى أن الرقم السنوى للوفـيـات انخـفض بنسـبـة ٢٨٪، من ٧.٤٠٥ فى عـام ١٩٨٠م إلى ٥.٣١٤ فى عام ١٩٩٥م (أحدث سنة تتوفر عنها بيانات مكتملة من نظام المراقبة الوطنى للوفيات الناشئة عن الإصابات المهنية ((NTOF)). كما انخفض متوسط معدل الوفيات من الإصابات المهنية بنسبة ٤٣٪ خلال نفس الفترة، من ٧,٥ إلى ٤,٣ بين كل ١٠٠.٠٠٠ عامل. و شملت القطاعات الصناعية التى شهدت أعلى معدلات الوفيات الناجمة عن الإصابات المهنية كل من التعدين (٣٠,٣ وفاة بين كل ١٠٠.٠٠٠ عامل) والزراعة/الغابات/صيد الأسماك (٢٠,١) والبناء والتشييد (١٥,٢) والمواصلات/الإتصالات/الخدمات العامة (١٣,٤) (شكل ٧-٤). وتشمل الأسباب الرئيسية للوفيات الناجمة عن الإصابات المهنية خلال نفس الفترة كل من الإصابات المرتبطة بالمركبات والقتل فى أماكن العمل، والإصابات المرتبطة بالآلات (شكل ٧-٥).

شكل (٧-٤)

معدلات وفيات الإصابات المهنية (لكل ١٠٠.٠٠٠ عامل)، حسب القطاع الصناعى والسنة، الولايات المتحدة، ١٩٨٠-١٩٩٥م



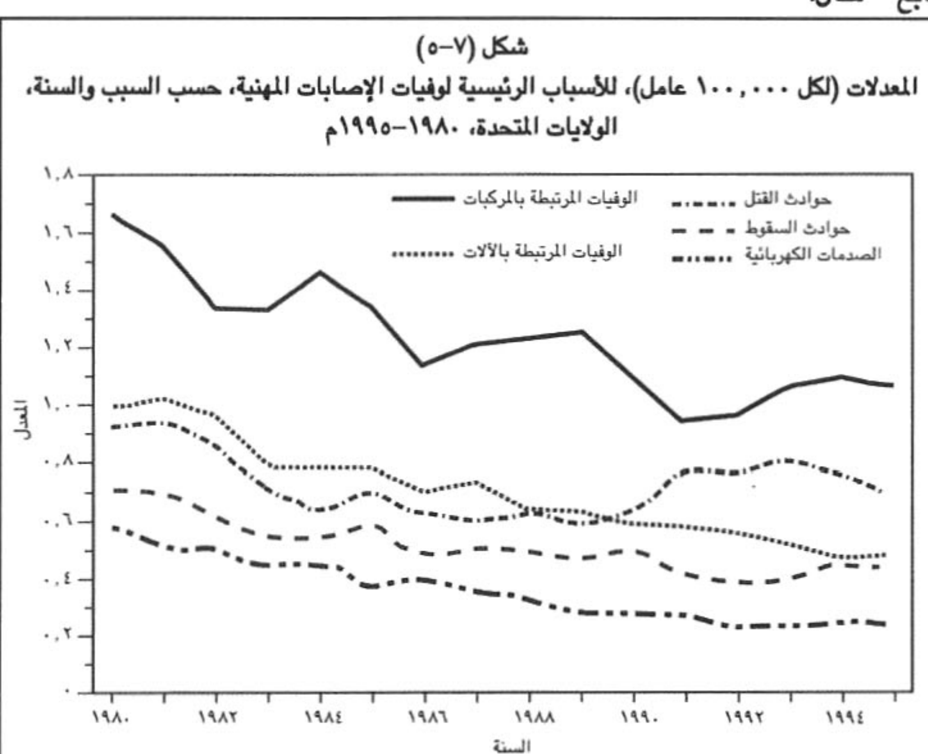
المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Improvements in Workplace Safety, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 22, pp. 461-469, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

تابع – مثال:

شكل (٧-٥)

المعدلات (لكل ١٠٠,٠٠٠ عامل)، للأسباب الرئيسية لوفيات الإصابات المهنية، حسب السبب والسنة، الولايات المتحدة، ١٩٨٠-١٩٩٥م



المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Improvements in Workplace Safety, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 48, No. 22, pp. 461-469, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

يعكس الانخفاض فى الوفيات المهنية فى صناعة التعدين وغيرها من الصناعات التقدم المحرز فى جميع أماكن العمل منذ بداية القرن العشرين فى تحديد وتصحيح العوامل المسببة للمرض أو الإصابة التى تسهم فى المخاطر الصحية المهنية. ولو تعرضت القوى العاملة اليوم والبالغة حوالى ١٣٠ مليون نسمة لنفس خطر الموت الناجم عن الإصابات الذى تعرض له العمال فى عام ١٩٣٣م لتوفى ٤٠,٠٠٠ عامل إضافى فى عام ١٩٩٧م نتيجة أحداث يمكن الوقاية منها. ويمكن أن يعزى الانخفاض إلى عدد من العوامل المترابط بعضها مع بعض، وتشمل الجهود المبذولة من قبل العمال والإدارات والباحثين الأكاديميين لتحسين سلامة بيئة العمل. كما بذلت الجهود الأخرى لتحسين السلامة المهنية من قبل السلطات العمالية والصحية فى الولايات وأنشطة البحث العلمى والتعليم وسن

تابع – مثال:

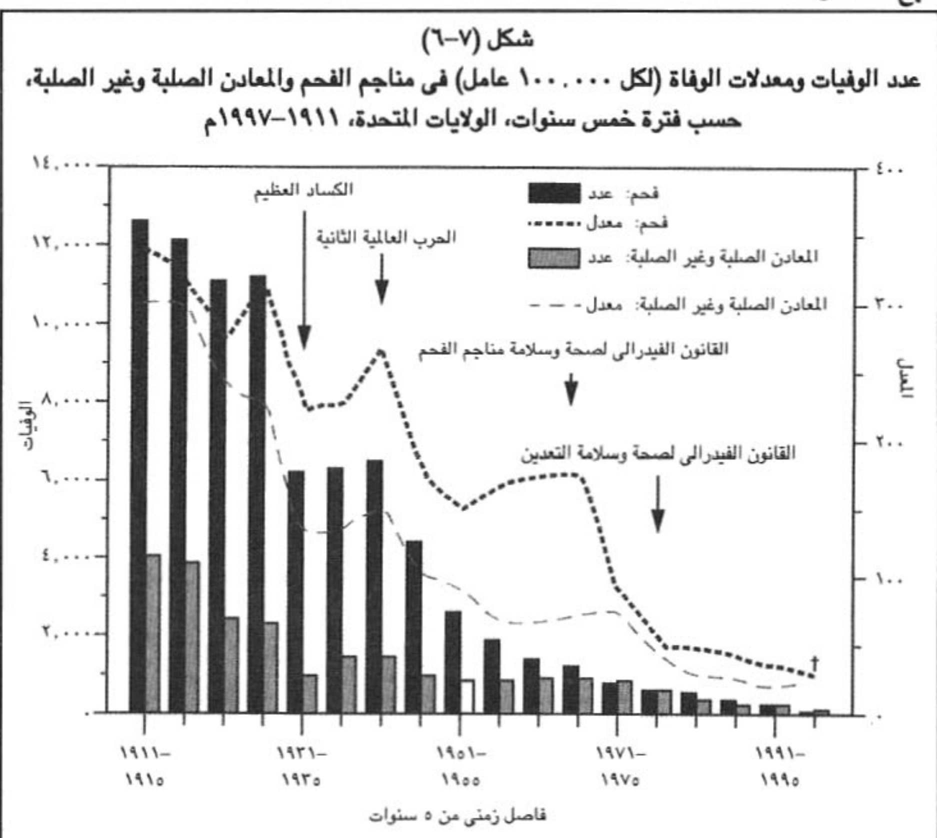
القوانين والأنظمة المنفذة من قبل المؤسسات الحكومية (على سبيل المثال وكالة المناجم الأمريكية (U.S. Bureau of Mines [USBM]) وإدارة سلامة وصحة المناجم (تأسست كإدارة لفرض القوانين والسلامة فى التعدين (Mining Enforcement and Safety Administration) فى عام ١٩٧٤م) وإدارة السلامة والصحة المهنية (Occupational Safety and Health Administration (OSHA)) التى أنشئت فى عام ١٩٧١م والمعهد الوطنى للسلامة والصحة المهنية (NIOSH). وأدت الجهود المبذولة من هذه المنظمات إلى إحداث تغييرات مادية فى بيئة العمل مثل تحسين التهوية وكبت الغبار فى المناجم والمعدات الأكثر أمانًا؛ وتطوير وإدخال ممارسات عملية أكثر أمان، وتدريب أفضل للعاملين والمهنيين فى مجال الصحة والسلامة. وقد حدث الانخفاض فى وفيات العمل فى ظل تغيرات شاملة فى النشاط الاقتصادى فى الولايات المتحدة وفى المزيج الصناعى الأمريكى وفى الخصائص السكانية للقوى العاملة. كما ساهم التقدم المحرز على نطاق واسع فى المجتمع فى مجال السيطرة على الإصابة فى إيجاد أماكن عمل أكثر أمنًا – على سبيل المثال – استخدام أحزمة السلامة وغيرها من مزايا السلامة فى المركبات والتحسينات فى الرعاية الطبية المقدمة لضحايا الحوادث.

ولا تسمح البيانات المتوافرة بتحديد علاقة الارتباط بين الانخفاض فى الوفيات وبين تدخلات معينة إلا فى بعض الحالات فقط. قبل عام ١٩٢٠م، أدى استخدام المتفجرات المسموح بها والمعدات الكهربائية (التى يمكن تشغيلها فى محيط غنى بغاز الميثان القابل للانفجار دون إشعال الميثان) واستعمال طبقة من غبار الصخور على الغبار الناتج من الفحم (ينتج عنه خليط خامل يمنع اشتعال غبار الفحم) وتحسين التهوية، مثل المراوح العاكسة، إلى انخفاض درامتيكى فى الوفيات الناجمة عن الانفجارات (شكل ٧–٦). كما أدت التكنولوجيا الجديدة فى مجال دعم الأسقف وتحسين تصميم المناجم إلى خفض الوفيات الناجمة عن انهيار الأسقف. ولكن التكنولوجيا أيضًا خلقت مخاطر جديدة، مثل الوفيات المرتبطة بالآلات. حوالى ٥٠٪ من الانخفاض فى معدلات وفيات مناجم الفحم حدثت خلال الفترة ١٩٦٦–١٩٧٠م إلى ١٩٧١–١٩٧٥م (شكل ٧–٧)؛ وتمثل السنوات الممتدة من عام ١٩٧١ إلى عام ١٩٧٥م الفترة التى تلت مباشرة صدور القانون الفيدرالى لصحة وسلامة مناجم الفحم (Federal Coal Mine Health and Safety Act) فى عام ١٩٦٩م، وقد وسع هذا القانون بشكل كبير من سلطة فرض القوانين الممنوحة للمفتشين وأوجد مواصفات إجبارية متعلقة بالصحة والسلامة على جميع المناجم. كما استخدم هذا القانون أيضًا كنموذج لقانون السلامة والصحة الوظيفية (Occupational Safety and Health Act) الصادر فى عام ١٩٧٠م. وتبع صدور القانون الفيدرالى لسلامة وصحة التعدين (Federal Mine Safety and Health Act) الصادر فى عام ١٩٧٧م انخفاض قدره ٣٣٪ فى الوفيات التى حدثت فى صناعة استخراج المعادن الصلبة وغير الصلبة (١٩٧٦–١٩٨٠م مقارنة مع ١٩٨١–١٩٨٥م).

تابع – مثال:

شكل (٧-٦)

عدد الوفيات ومعدلات الوفاة (لكل ١٠٠,٠٠٠ عامل) فى مناجم الفحم والمعادن الصلبة وغير الصلبة، حسب فترة خمس سنوات، الولايات المتحدة، ١٩١١-١٩٩٧م

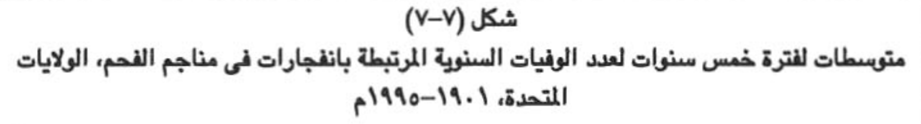


المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Improvements in Workplace Safety, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 22, pp. 461-469, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

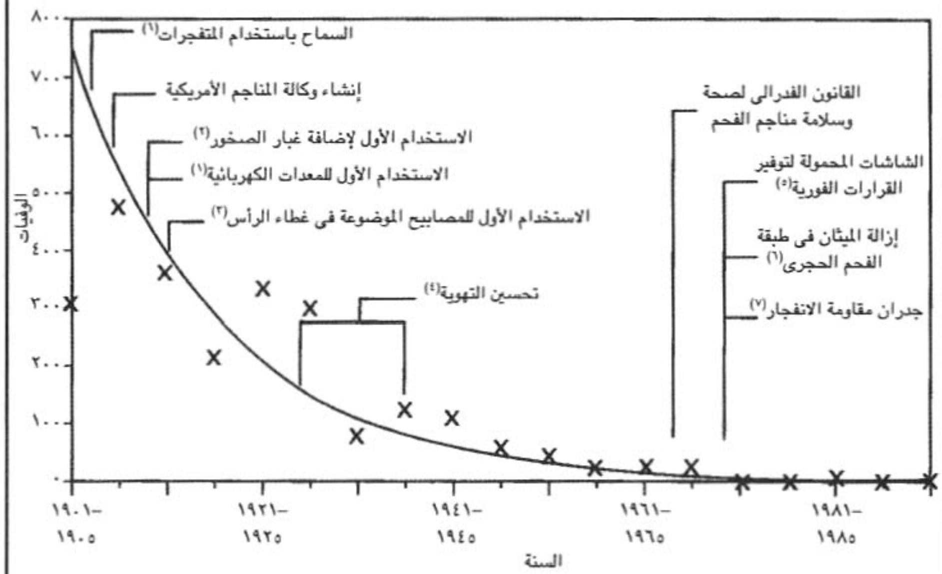
وعلى نحو مشابه، يمكن توضيح أثر الجهود الأكثر حداثة والهادفة إلى خفض الوفيات المرتبطة بمكان العمل من خلال البيانات عن الصدمات الكهربائية المرتبطة ببيئة العمل. خلال الثمانينيات الميلادية، كانت هناك أبحاث مركزة وجهود واسعة من قبل المعهد الوطنى للسلامة والصحة المهنية وتغيرات فى نظام الكهرباء الوطنية (National Electrical Code) وأنظمة السلامة والصحة المهنية وحملات التوعية العامة من قبل شركات الكهرباء وغيرها. وخلال هذا العقد، انخفضت معدلات الصدمات الكهربائية المرتبطة بمكان العمل بنسبة ٥٤٪، من ٠,٧ لكل ١٠٠,٠٠٠ عامل كل سنة فى عام ١٩٨٠م إلى ٠,٣ فى عام ١٩٨٩م؛ انخفض عدد الصدمات الكهربائية من ٥٧٧ إلى ٣٢٩.

تابع – مثال:



شكل (٧-٧)

متوسطات لفترة خمس سنوات لعدد الوفيات السنوية المرتبطة بانفجارات فى مناجم الفحم، الولايات المتحدة، ١٩٠١-١٩٩٥م



* كل علامة (X) تمثل متوسط السنوات الخمس لعدد الوفيات الناتجة عن الانفجارات؛ والخط هو خط انحدار ممهد من خلال متوسطات السنوات الخمس.

(١) المتفجرات والمعدات التى يمكن أن تستخدم فى محيط غنى بالميثان القابل للانفجار من دون أن تؤدى إلى انفجار الميثان.

(٢) هى العملية التى تشمل إضافة طبقة من غبار الصخور على غبار الفحم ينتج عنه خليط خامل يمنع انفجار غبار الفحم.

(٣) المصابيح التى توضع فى غطاء الرأس الذى يستخدمه عمال المناجم.

(٤) تحسينات التهوية والتى تشمل استخدام المراوح العاكسة وتخفيف تركيز غاز الميثان وإزالة الغاز القابل للانفجار من المنجم.

(٥) شاشة محمولة باليد توفر قراءات فورية عن اختلاط غبار الصخور مع غبار الفحم للتأكد من أنه خامل.

(٦) أساليب لإزالة الميثان من طبقة الفحم الحجرى قبل استخلاص الفحم.

(٧) جدران مقاومة للانفجار تستخدم لإغلاق المناطق المهجورة (التى تم استخراج الفحم منها) لحماية العمال فى الأجزاء النشطة من المنجم.

المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Improvements in Workplace Safety, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 22, pp. 461-469, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

تابع – مثال:

وعلى الرغم من الانخفاض فى الإصابات فى الصناعة العامة منذ عام ١٩٧٠م يبدو أنه ناتج عن العديد من العوامل، إلا أن بعض المصادر تشير إلى قانون السلامة والصحة الوظيفية الصادر فى عام ١٩٧٠م والذى أنشأ المعهد الوطنى للسلامة والصحة المهنية و إدارة السلامة والصحة المهنية. ومنذ عام ١٩٧٠م، قام المعهد الوطنى للسلامة والصحة المهنية بتقصى أوضاع العمل الخطيرة وإجراء الأبحاث للوقاية من الإصابة وتدريب المهنيين الصحيين وإعداد المواد التعليمية والتوصيات لحماية العمال. كما أحدثت الصلاحيات التنظيمية الممنوحة لإدارة السلامة والصحة المهنية أنظمة السلامة والمعايير الإجبارية الخاصة بأماكن العمل وتدريب العاملين. وخلال الفترة الممتدة من ١٩٨٠– ١٩٩٦م، أشارت نتائج الأبحاث أن التدريب يخلق مكان عمل أكثر أمنا من خلال زيادة معارف العاملين حول المخاطر المرتبطة بالعمل وممارسات العمل الآمنة على نطاق واسع فى مواقع العمل.

المصدر بتصرف من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Improvements in Workplace Safety, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 22, pp. 461-469, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

ممارسة الصحة العامة المبنية على البراهين:

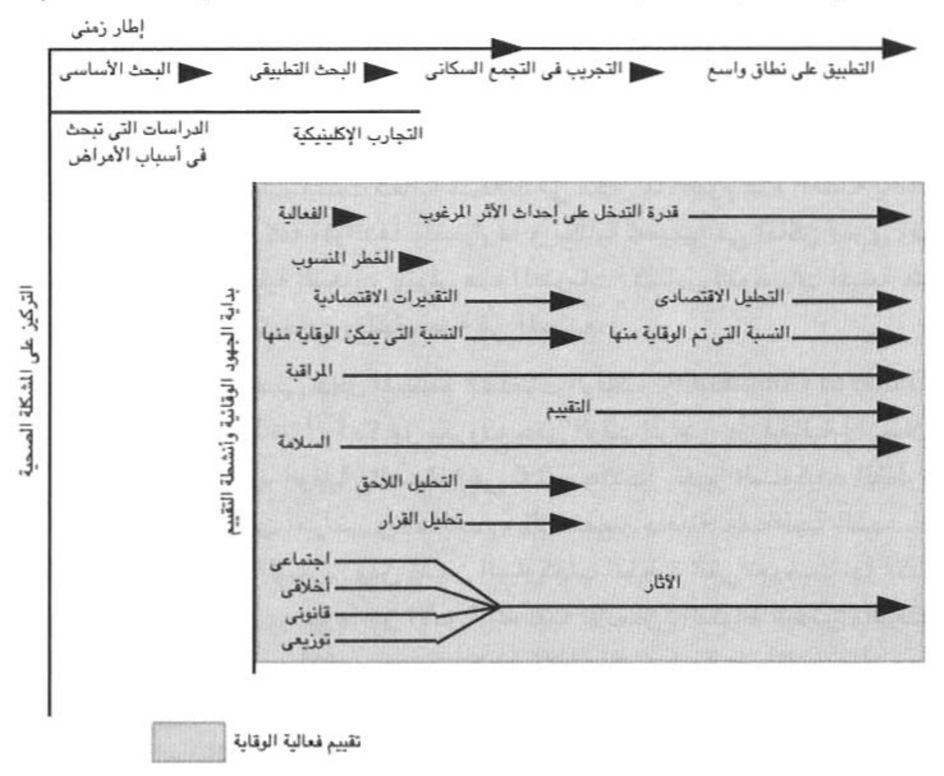
تعتبر الأساليب والإستراتيجيات العلمية ضرورية لتدخلات الصحة العامة حتى تنجح هذه التدخلات فى تحسين جودة الحياة وفى خفض الوفيات والإصابات التى يمكن الوقاية منها. وقد كان الأساس العلمى لممارسة الصحة العامة دائمًا محل التقدير الكبير من قبل الممارسين للصحة العامة، إلا أن البراهين حول فعالية التدخلات فى المجتمع لم توضع تحت الفحص الدقيق إلا حديثًا فقط. وإلى حد ما، طبقت هذه العملية فى أنشطة فريق عمل الخدمات الوقائية الأمريكى الذى قام بمراجعة البيانات والمعلومات المتعلقة بتقديم الخدمات الوقائية الإكلينيكية لتقييم مدى فعاليتها أو عدم فعاليتها. وقد حظيت أدلة الممارسة الإكلينيكية التى تمخضت عنها هذه العملية بالقبول على نطاق واسع وعملت على رفع معيار الممارسة الخاص بالخدمات الوقائية الإكلينيكية المقدمة لمجموعات عمريه معينة.

بالنسبة للتدخلات الوقائية، يبدأ العمل فقط بإثبات الفعالية (efficacy): أى أن التدخل يعمل بشكل جيد فى ظل الظروف المثالية. وعلى الرغم أن التدخل قد يكون فعالاً، فإنه قد لا يعمل فى مكان آخر بسبب أوضاع وظروف معينة موجودة هناك. ومثل هذا التدخل لا يعتبر فعالاً (effective)، أى بمعنى أنه لن يحقق الأثر المرغوب فيه. وربما يحد العديد من العوامل الاجتماعية والأخلاقية والقانونية وتلك المتعلقة بتوزيع الموارد المختلفة

من الفعالية فى محيط معين[٨]. ويوضح شكل (٧–٨) دورة الحياة الخاصة بالتدخل الوقائى من مرحلة تطوره من خلال الأبحاث الأساسية وحتى تطبيقه ونشره فى آخر الأمر على نطاق واسع. وبين هاتين المرحلتين، تعتبر أنشطة البحث التطبيقية وتجريب التدخل فى المجتمع ضرورية للحصول على صورة كاملة حول فعالية التدخل فيما يتعلق بمدلولات الأثر فى النتائج والاعتبارات الاقتصادية والسلامة.

شكل (٧–٨)

التاريخ الطبيعى لتطوير إستراتيجية وقاية فعالة وعلاقة زمنية لأنواع أنشطة التقييم



المصدر أعيد طباعته من:

S. Teutsch, A. Framework for Assessing the Effectiveness of Disease and Injury Prevention, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 41, p. RR-3, 1992, Centers for Disease Control and Prevention.

وعلى الرغم من أن هذه العمليات التحليلية قد طبقت على الخدمات الإكلينيكية الوقائية لأكثر من عقد من الزمن، فإن المحاولات لتطبيقها على الأنشطة الوقائية فى المجتمع تعتبر من الأمور حديثة العهد. فى عام ١٩٩٥م، تم اتخاذ الخطوات الأولى نحو تطوير أدلة إرشادية للممارسة فى الصحة العامة باستخدام هذه المبادئ نفسها[٩]. وقد تم استكمال تقييم لمدى ملاءمة هذه الخطوة من خلال مجلس الارتباط بين الحقل الأكاديمى وممارسة الصحة العامة (Council on Linkages between Academia and Public Health).

ويعرض توضيح (٧-٢) النتائج والتوصيات التى تمخضت عن هذا التقييم. وتشير هذه النتائج والتوصيات إلى الدعم القوى لتطوير أدلة للممارسة فى المجتمع. ويتمثل الهدف الرئيسى للأدلة الإرشادية الخاصة بالخدمات الوقائية فى المجتمع فى تزويد الممارسين للصحة العامة وشركائهم فى المجتمع وصانعى السياسة بالمعلومات اللازمة لعملية اتخاذ قرارات واعية تقوم على أكثر إستراتيجيات وسياسات وبرامج الصحة العامة فعالية بالنسبة لمجتمعاتهم. وعندما تثبت فعالية تدخلات فى مكان ما، تقوم هذه العملية بالنظر فى فعاليتها من ناحية التكلفة وفوائدها وأضرارها وإمكانية تعميمها فى أماكن أخرى وفى العوائق التى تعترض عملية التنفيذ. وتوفر هذه المعلومات الأساس للتوصيات المبنية على البراهين حول استخدام تدخلات وقائية معينة فى المجتمع.

ويلخص الإصدار المبدئى لدليل المجتمع للخدمات الوقائية (Guide to Community to Preventive Services)[١٠] ما هو معروف حتى الوقت الراهن عن فعالية التدخلات الموجهة للمجتمع فى جهود الوقاية والسيطرة فى ثلاثة مجالات: تغيير السلوكيات الخطرة، وتخفيف العبء الناتج عن أمراض وإصابات وحالات عجز معينة، ومعالجة التحديات المتعلقة بالبيئة والنظام البيئى. ومن ضمن السلوكيات الخطرة التى تعرضت لها الأدلة الإرشادية التبغ والكحول وغيرها من الأدوية المسببة للإدمان والنشاط البدنى والتغذية والسلوك الجنسى. وفى حالات معينة، ركزت الأدلة الإرشادية على السرطان وداء السكرى والنتائج المتعلقة بالحمل والقصور العقلى والإصابات الناجمة عن المركبات وصحة الأسنان والأمراض التى يمكن الوقاية منها من خلال التحصينات والسلوك المتسم بالعنف. كما تم التطرق أيضاً إلى التدخلات التى تستهدف البيئة الاجتماعية والثقافية.

توضيح (٧-٢)

الأدلة الإرشادية لممارسة الصحة العامة: التوصيات الخاصة بتقييم الأدلة العلمية والجدوى والمنافع

١- تعتبر الأدلة الإرشادية لممارسة الصحة ملائمة بناء على البراهين العلمية وغيرها من المعلومات التجريبية.
٢- أن المنافع المحتملة من الأدلة الإرشادية لممارسة الصحة العامة هى فورية وذات آثار بعيدة المدى.
٣- يجب أن يكون لكل مجموعة من الأدلة الإرشادية نطاق محدد بعناية.
٤- يجب أن تكون الأدلة الإرشادية مرنة بدلاً من كونها جامدة.
٥- يجب أن تكون الأدلة الإرشادية ديناميكية.
٦- يجب مشاركة جميع أصحاب المصالح فى تطوير الأدلة الإرشادية.
٧- تعتبر الأسئلة النقدية أداة فعالة لهيكلة عملية تجميع البراهين العلمية.
٨- يعتبر البحث عن قاعدة معلومات للدراسات العلمية خطوة أولى مفيدة.
٩- يجب تقصى المصادر الإضافية للبراهين الموثقة وتقييمها على نحو منظم.
١٠- يجب طلب البراهين التجريبية من برامج الصحة العامة فى الولايات والمحليات وتقييمها ودمجها ضمن الأدلة الإرشادية.
١١- سوف يؤدى تطوير الأدلة الإرشادية إلى تحفيز إجراء البحوث اللازمة.
١٢- يجب تجريب الأدلة الإرشادية ميدانياً قبل نشرها ومن ثم تقييمها بصورة مستمرة.

المصدر أعيد طباعته من:

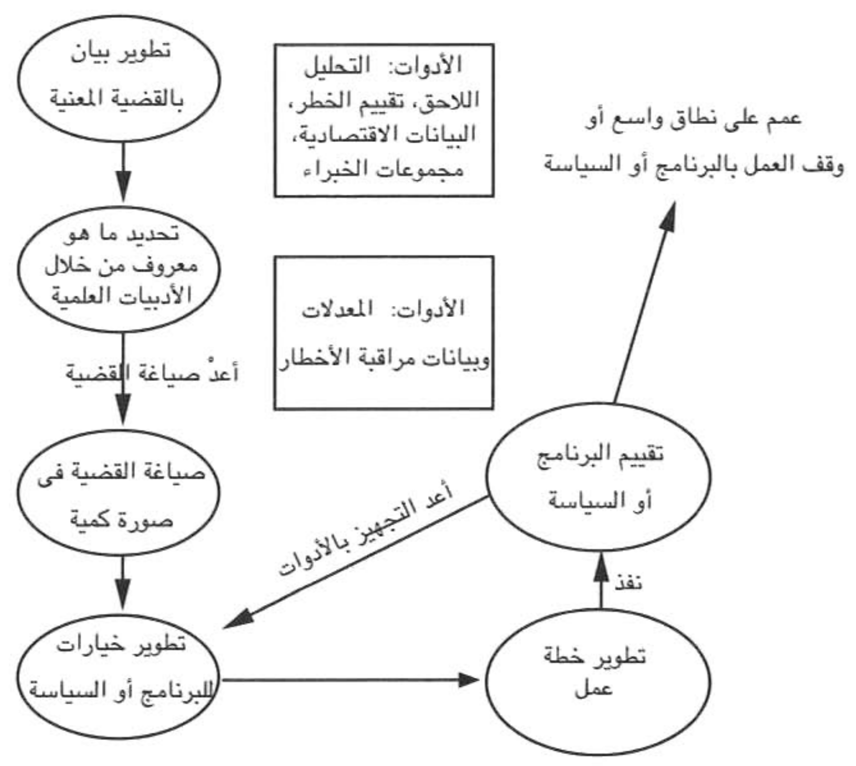
Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice, *Practice Guidelines for Public Health: Assessment of Scientific Evidence, Feasibility, and Benefits,* 1995, Council on Linkages, U.S. Public Health Services.

وتطرح ممارسة الصحة العامة المبنية على البراهين تحديات هائلة لعدة أسباب مهمة. أن جودة الأدلة العلمية لتدخلات الصحة العامة هى فى الغالب محدودة نتيجة الاعتماد المتكرر على تصميم الدراسات المقطعية التى تعتمد على عينة ممثلة للمجتمع موضوع الدراسة (cross-sectional) والأبحاث شبه التجريبية (quasi-experiment) والتى تفتقر إلى مجموعة مقارنة أو تحكم حقيقية. إضافة إلى ذلك، يوجد فترة طويلة بين التدخل وبين النتائج فى العديد من أنشطة الصحة العامة. إلا أنه لايزال هناك العديد من الأدوات المتاحة للممارسين فى الصحة العامة لمساعدتهم فى تحديد الوقت الملائم لتدخل الصحة العامة، وتشتمل تلك الأدوات على أسلوب التحليل اللاحق (meta-analysis) وتقييم الخطر (risk assessment) والتقييم الاقتصادى (economic evaluation) ومراقبة الصحة العامة (public health surveillance) وهيئات الخبراء (expert panels) ومؤتمرات الحصول على الإجماع (consensus conferences)[١١]. ويوضح شكل (٧-٩) الخطوات الأساسية المفيدة لتعزيز ممارسة الصحة العامة المبنية على البراهين؛ وتشمل ما يلى:

- تطوير بيان تشغيلى مبدئى ودقيق للقضية المعنية.
- تحديد ما هو معروف عن تلك القضية من خلال الأدبيات العلمية.
- صياغة القضية فى صورة كمية.
- تطوير خيارات للبرنامج (program) أو للسياسة (policy).
- تطوير خطة عمل للبرنامج أو للسياسة.
- تقييم البرنامج أو السياسة[١١].

شكل (٧-٩)

إطار تسلسلى لتعزيز الصحة العامة المبنية على البراهين



المصدر أعيد طباعته من:

Brownson et al., Evidence-Based Decision Making in Public Health, *Journal of Public Health Management and Practice,* Vol. 5, p. 95, © 1999, Aspen Publishers, Inc.

ومن الواضح أن احتياجات العلم واحتياجات السياسة العامة يختلف بعضها عن بعض فيما يتعلق بالمواصفات الخاصة بالأدلة أو البراهين العلمية. ويفضل العلماء أن يظل العديد من الفرضيات من دون إثبات بدلاً من "إثبات" فرضية غير صحيحة. ولكن المهنيين فى الصحة العامة عادة لا يستطيعون الانتظار حتى تتوفر أدلة قاطعة. ولا تتطلب الممارسة المبنية على البراهين بأن توقف الأحكام حتى تتوافر جميع الأدلة المطلوبة أو أن لا تقبل سوى البراهين ذات "المواصفة الذهبية" (gold standard) فقط. ولعقود من الزمن، احتجت صناعة التبغ على الأدلة حول الارتباط بين استخدام التبغ وبين سرطان الرئة واصفة تلك الأدلة بأنها غير قاطعة بسبب أنها مبنية بشكل كبير على دراسات تعتمد على الملاحظة. ولقى هذا الاحتجاج صدى لدى المختصين فى البحث العلمى ولكنه لم يمنع ناشطى الصحة العامة من تخطيط وتنفيذ تدخلات مضادة لاستخدام التبغ.

إدارة البرامج فى الصحة العامة:

تشمل إدارة البرامج فى الصحة العامة الأنشطة العديدة المتعلقة بتطوير وتنفيذ وتقييم التدخلات التى تعالج مشاكل الصحة العامة. ويمكن تعريف الإدارة الفعالة للبرنامج على أنها استجابة منظمة تتطلب بياناً حول المشكلة مصمماً بعناية وتوفر تدخلاً مناسباً والقدرة على تنفيذ التدخل فى بيئة معينة. ويعتبر كل عنصر من هذه العناصر ضرورياً للاستجابة المنظمة. وتكمن المهمة فى تجميع هذه العناصر مع بعضها البعض وتوجيهها إلى حل المشكلات. وتسعى إدارة البرامج فى الصحة العامة إلى تنظيم وتوجيه العاملين فى الصحة العامة والتدخلات الراسخة علمياً والإستراتيجيات الملائمة نحو مشاكل صحية معينة[١٢]. والهدف النهائى هو إزالة أو تخفيف حدة تلك المشاكل إلى أقصى حد ممكن (الفعالية effectiveness) وتحقيق هذه النتائج بأقل الموارد الضرورية (الكفاءة efficiency). وتعتبر كل من الفعالية والكفاءة معايير يتم من خلالها الحكم على البرامج وتقييمها.

وتتمحور الإدارة حول توزيع الموارد واستخدامها. وتشمل الموارد فى الصحة العامة – كما سبق وصفها فى الفصل السادس من هذا الكتاب – الموارد التنظيمية والمعلوماتية والمالية وغيرها من الموارد الداعمة. ولكى توظف تلك الموارد بكفاءة وفعالية فإنه لابد من وجود عملية تقوم بمعاينة المشكلة للبحث عن طرق الحل التى من المرجح أن تؤدى إلى نتائج ناجحة. ويوجد هناك خطآن رئيسيان فى إدارة البرامج: الفشل فى تحقيق أهداف

البرنامج بالرغم من توافر موارد كافية واستخدام الموارد على نحو يفوق الحاجة لتحقيق أهداف البرنامج. وينظر غالبًا للحالة الأولى على أنها إدارة أكثر سوءًا من الحالة الثانية على الرغم من أنه ومن منظور إدارى فإن كلاً منهما يؤدى إلى إهدار للموارد المتاحة. وعندما يتم تطبيق إدارة البرامج بشكل غير صحيح أو تطبيقها جزئيًا فقط، تكون الموارد أو التكنولوجيا قد وظفت بشكل أقل مما هو مطلوب ولم يتم معالجة المشاكل على نحو تام أو أن الموارد أو التكنولوجيا قد وظفت بدون كفاءة مؤدية إلى استهلاك زائد للموارد وتكاليف الفرص الضائعة.

وتتطلب إدارة البرامج تطوير فرضية للبرنامج. وأفضل طريقة لفهم هذا هى عندما ينظر للبرامج من خلال عناصرها الأساسية، وتحديداً الأنشطة المعينة أو المهام التى يتم القيام بها. وفرضية البرنامج فى أبسط أشكالها هى أنه عندما يتم أداء أنشطة البرنامج المحددة بنجاح، فإن أهداف ومقاصد البرنامج سوف تتحقق بنجاح. وبالنسبة للبرامج الصحية، فإننا نتوقع أن هذه الأنشطة سوف تغير خصائص الأفراد أو المجتمعات كما أن العوامل المساهمة فى مستوى المشكلة الصحية سوف تتحسن. ومع التحسينات فى تلك العوامل المتعددة المؤثرة فى المشكلة الصحية، فإننا نتوقع أن مستوى المشكلة الصحية ذاته سوف يتحسن أيضًا. كما أننا نتوقع أن التحسن الطارئ فى مستوى واحد سوف ينتج عنه تحسن فى مستويات أعلى، وهذا يتوقف على عدد مستويات العوامل المتداخلة التى ربما تكون موجودة. وسوف يتم تعريف وتوضيح هذه المصطلحات لاحقًا؛ ولكن النقطة الرئيسية هنا هى أن البرامج المنطقية تعالج مباشرة السلسلة السببية التى تخلق المشكلة الصحية المستهدفة من قبل البرنامج.

وغالبًا ما توصف دورة الإدارة على أنها تشمل ثلاث مراحل: التخطيط (تحديد ما يجب عمله والكيفية التى يجب أن يؤدى بها) والتنفيذ (العمل على تحقيق ما تم التخطيط له) والتقييم (مقارنة النتائج المتحققة بالنتائج المطلوبة)[١٢]. وغالبًا ما ينظر إلى التخطيط والتنفيذ والتقييم على أنها عمليات خطية. فإننا أولاً نخطط، ومن ثم ننفذ، وأخيراً نقيِّم ما حدث. وفى هذا النموذج الخطى، فنحن نتوقف عن التخطيط عندما نبدأ بالتنفيذ، كما أننا لا نقيم إلا بعد أن ننتهى من تنفيذ برنامجنا. وينظر هذا الأسلوب إلى التخطيط والتقييم على أنهما مراحل منفصل بعضها عن بعض ووظائف مستقلة تؤدى فى مراحل مختلفة من دورة حياة البرنامج. ويوجد هناك عدد قليل من الأفكار الخاطئة التى تشكل خطراً أكبر

على الإدارة السليمة من النظرة الخطية لمراحل العملية الإدارية! ولعله من المهم جداً النظر إلى التخطيط والتقييم على أنهما عمليات متصلة ويعتمد بعضها بعضاً وأنها تعمل معاً عند مستويات مختلفة من التركيز طوال مدة حياة البرنامج. وبدلاً من العملية الخطية، يجب النظر لإدارة البرامج على أنها عملية دائرية بحيث إن الخطوة الواحدة تقود منطقياً إلى الخطوة التى تليها وأن التغذية المرتدة أو الاسترجاعية التى تم رصدها فى جميع الخطوات توظف لمراجعة وتصحيح الاتجاهات التى تأسست فى الخطوات السابقة.

وتتمحور إدارة البرامج فى تطوير الأهداف. ومع الأسف فإنه ينظر غالبًا للأهداف على أنها منتجات المخططين وحدهم. وببساطة فإن إدارة البرامج فى الصحة العامة وغيرها من المجالات هى على قدر كبير من الأهمية بحيث لا يجب أن تترك الأهداف للمخططين! والأهداف هى أكثر من أغراض تجريدية مطلوب إنجازها. وعلى الرغم من أنها غالبًا ما توصف على أنها الخطة للبرنامج، إلا أنها فى الواقع تؤدى وظيفة خارطة الطريق أكثر من كونها خطة. وتوجه الأهداف البرنامج نحو وجهة معينة، وفى نفس الوقت، تحدد سرعته والعلامات البارزة فى طريقة. كما ترشد الأهداف إدارة البرنامج وتؤسس إطار العمل والإستراتيجية لتقييم البرنامج. وبدلاً من عملها بشكل رئيسى كأداة لتخطيط البرنامج، توجه الأهداف جميع الجوانب المتعلقة بتخطيط وإدارة وتقييم البرنامج.

ربط التخطيط والتقييم:

ينظر التعريف العملى إلى التخطيط على أنه تطبيق عملية صناعة القرار العقلانية على تسخير الموارد المستقبلية. والتخطيط هو فن بنفس قدر كونه علمًا. ولا يوجد لدى المخططين أى قدرات معينة للتنبؤ أو رؤية المستقبل، ولا ينتج عن التخطيط حقيقة أو تأكيد لما سوف يحدث. ويؤدى التخطيط العقلانى إلى تحجيم الخطر لا إزالته تماماً. ويجب أن يوضع فى الذهن غرض الإدارة من وراء التخطيط: وهو الاستخدام الأمثل والكفء للموارد. ولذا يجب أن لا يحكم على التخطيط فقط من خلال دقة تنبؤاته أو حتى من خلال ما إذا كانت مقاصد التخطيط، مثل الأهداف، قد تحققت. وبدلاً من ذلك، يجب الحكم على التخطيط على أساس مدى مساعدته للمنظمة فى بلوغ أفضل النتائج الممكنة فى بيئة تتسم بالتغير. ومن النادر أن تنفذ البرامج تمامًا كما تم تصميمها. حيث يحدث التغيير على نحو مستمر فى العوامل الخارجية والداخلية التى تؤثر فى كل من المشكلة والبرامج

المصممة لمعالجتها. ويؤدى التخطيط المستمر إلى ملاحظة التغيرات وإلى تعديل إستراتيجيات التنفيذ وفقًا لذلك. وتحدد قدرة البرنامج على تقييم ذاته بشكل مستمر الكيفية التى يستطيع بها البرنامج أن يستجيب بسرعة وفعالية للأوضاع المتغيرة.

ومفتاح عملية التقييم هو القدرة على طرح الأسئلة المناسبة. وفى أغلب الأحيان، تولى إستراتيجية التقييم قدراً ضئيلاً من التفكير حتى يصبح البرنامج فى موضع التنفيذ ويبدأ صناع القرار والممولون فى طلب الأدلة التى توثق المنافع الناتجة عن تنفيذ البرنامج. وباختصار، يكون التقييم بمنزلة فكرة لاحقة. ونتيجة لذلك، تعدو البرامج مسرعة، طارحة السؤال: ما الذى نعمله ويمكن لنا قياسه؟ وللأسف فإنه فى الغالب لا يوجد الكثير مما يمكن عمله عند هذه النقطة. ولهذا يجب أن تطور إستراتيجيات التقييم ويتم الاتفاق عليها قبل تنفيذ البرامج، كما يجب أن تبنى إستراتيجيات التقييم على السؤال المختلف تماماً ألا وهو ماذا يجب علينا أن نقيس حتى نعرف ما نقوم بعمله؟ وسوف نعود إلى هذه المسائل بتفصيل أكثر عندما نناقش التخطيط والتقييم فى الأجزاء اللاحقة من هذا الفصل. والنقطة التى يجب توضيحها هنا هى أنه لا يجب النظر إلى هذه المسائل على أنها نهاية المطاف بالنسبة لتنفيذ البرنامج، وإنما يجب القيام بها على نحو متزامن ومتواصل. وعندما يتم ذلك، يسهم التخطيط والتقييم بشكل أساسى فى نظام صناعة القرار العقلانى الذى تزيد فيه احتمالية أن يطرح المديرون الأسئلة المناسبة ويقومون بتوجيه الموارد نحو أكثر أنشطة التدخلات وعداً بتحقيق النتائج المرجوة.

أسئلة رئيسية للمديرين:

هناك خمسة أسئلة رئيسية لإرشاد عملية إدارة البرامج[١٢]:

١- أين نحن؟

٢- أين نرغب أن نكون؟

٣- هل يجب علينا أن نفعل شيئًا ما؟

٤- ماذا يجب علينا أن نفعل؟

٥- كيف نعرف أننا نسير فى الطريق الصحيح لبلوغ مقصدنا؟

توفر هذه الأسئلة للمديرين الكثير من المعلومات الضرورية اللازمة لاتخاذ قرارات أفضل. كما أنها تركز الانتباه على العناصر الضرورية لأى عملية اتخاذ قرارات: نقطة

البداية ونقطة النهاية والمقاييس المتوسطة. ويمكن متابعة المنطق والطبيعة العقلانية لهذه العملية من خلال نماذج اتخاذ القرار المطورة من قبل مراكز السيطرة والوقاية من المرض لمديرى برامج الصحة العامة. فى توضيح (٧-٣)، تقوم الأسئلة الخمسة بدور خارطة الطريق للواجبات والمهام الرئيسية المكلف بها مدير البرنامج.

وحتى فى ظل وجود خريطة للطريق، تتطلب الرحلات محطة وصول أو هدفًا. وبالنسبة لبرامج الصحة العامة، تعتبر الأهداف بمنزلة جمل عامة تعبر عن الأثر المطلوب إحداثه من خلال البرنامج على مشكلة صحية واحدة أو أكثر. وغالبًا ما توصف الأهداف على أنها جمل غير محددة بزمن حول الطموحات أو التطلعات الكلية، وتعمل هذه الجمل بصفة عامة على إيجاد حدود لأنشطة البرنامج التشغيلية، ولكنها أيضًا تمثل التبرير الفلسفى لوجود البرنامج. وليس من المعتاد بالنسبة لمديرى البرامج بأن يشتركوا فى صياغة الأهداف. حيث عادة ما تصاغ هذه الأهداف من قبل سلطات أعلى مثل المجالس والهيئات التشريعية أو حتى من قبل مصادر التمويل. وعلى الرغم من طابعها التجريدى بعض الشىء وصياغتها من قبل جهات خارجية، تشكل الأهداف غرضًا قيمًا بالنسبة لبرامج الصحة العامة. ويجب أن تصاغ الأهداف بوضوح كما يجب أن تفهم من قبل جميع العاملين فى البرنامج إذا كان يرجى لتلك الأهداف أن تشكل رابطًا مشتركًا وتذكيرًا متواصلاً حول تطلعات وطموحات البرامج.

أين نحن؟

إن جوهر صناعة القرار على أى مستوى هو اتخاذ قرار بعمل شىء ما أو عدم عمل أى شىء إطلاقًا. ويحتاج القرار العقلانى بعمل أو عدم عمل شىء ما إلى تقييم شامل للوضع الراهن أو طرح السؤال التالى: أين نحن؟ ويساعد تحديد الحالة الراهنة للأشياء المدير بطرق عديدة. حيث يوفر معلومات يمكن استخدامها لاحقًا لاتخاذ قرار حول ما إذا كان من الواجب القيام بعمل ما؛ كما تعمل أيضًا على وصف أبعاد المشكلة المحتملة فيما يتعلق بأى المجموعات ربما تكون أكثر تأثرًا بالمشكلة إضافة إلى أنها تشكل الأساس لإجراء المقارنات عبر مرور الوقت.

توضيح (٧-٣)
أسئلة رئيسية لمديرى برامج الصحة العامة



المصدر بتصرف من:

W.W. Dyal, *program Management:* A Guide for Improving Program Decisions, 1990, USPHS-CDC-PHPPO, Atlanta, GA

وعند معاينة الوضع الحالى للأشياء، فإنه من المهم إجراء تقييم مفصل للمشكلة والتدخلات القادرة على معالجة المشكلة والموارد المتاحة لتنفيذ تلك التدخلات. وعلى الرغم من أنه يجب النظر إلى هذه العناصر الثلاثة مجتمعة عند تحديد الوضع الراهن، فإن توافر تدخل فعال يعتبر ضرورة حتمية من وجهة إدارة البرنامج. إذ إنه وبدون توافر تدخل محتمل الفعالية، فإن تخطيط وتنفيذ البرنامج يصبح أمراً لا معنى له. ويرجع توافر تدخل فعال إلى المستوى الحالى من التقدم فى المعارف والتقنيات المطلوبة للتنفيذ المنسق للتدخل. والتدخل هو قاعدة العلم والمعرفة اللازمة لتطوير وتبرير أسلوب تقنى لإنجاز الهدف. ويمكن اختيار أسلوب تدخل معين من أى من فئات إستراتيجيات التدخل الصحية الموضحة فى الفصل الثالث من هذا الكتاب (تعزيز الصحة health promotion) والحماية الخاصة (specific protection) والكشف المبكر عن الحالة وتقديم العلاج (early case finding and treatment) والحد من العجز (disability limitation) وإعادة التأهيل (rehabilitation). ولهذا، يمكن أن يبنى التدخل على العلوم الطبية والعلوم الطبيعية أو العلوم الاجتماعية. وتقنع هذه المعارف أو المعلومات التقنية، والتى يطلق عليها فى بعض الأحيان "بأحدث ما توصل إليه العلم" (state of the art)، مديرو البرامج بإمكانية معالجة مشكلة صحية معينة.

وإضافة إلى القدرة على التدخل، هناك اعتباران آخران عند تقييم الوضع الحالى للأشياء. وهذان الاعتباران هما مستوى المشكلة الصحية والإمكانية أو الموارد اللازمة للتدخل. وتعرف المشكلة الصحية (health problem) هنا بأنها وضع أو حالة للناس (يعبر عنها بمصطلحات النتائج الصحية مثل الوفيات (mortality) والإصابة (morbidity) والعجز (disability)) غير مرغوب فيها ومن المرجح أن يستمر فى المستقبل إلا إذا تم تنفيذ تدخلات إضافية. ويشكل تعريف المشكلة الجوهر لأى إستراتيجية تدخل. وينبع تطوير الأهداف وإستراتيجيات التدخل على نحو طبيعى من الصياغة المتأنية والدقيقة للمشكلة. وتأتى البيانات حول المشكلة (problem statements) فى أشكال وأطوال متعددة تتراوح بشكل كبير فى تعقيداتها. إلا أن جميع بيانات المشاكل الجيدة تقدم وصفاً واضحاً ومختصراً ودقيقاً عن الحالة المطلوب السيطرة عليها أو الوقاية منها. وكلما كانت المشكلة مصاغة بعناية زادت إمكانية قياسها بدقة.

تتطلع عمليات التخطيط إلى المستقبل. وفوق كل شىء، يهتم التخطيط بالتوزيع المستقبلى للموارد؛ ولهذا تحتاج القرارات إلى معالجة المستوى المستقبلى المتوقع

للمشكلات بدلاً من مستوياتها الراهنة. إذ إنه ليس من المنطقى تخصيص موارد إضافية لمشكلة ما إذا كان مستوى تلك المشكلة يتجه إلى الانخفاض وأن مستوى المشكلة المستقبلى ربما لا ينظر له على أنه غير مقبول. لأن القيام بذلك يشكل على الأقل إهداراً جزئيًا للموارد المتاحة وهو أمر يجب تجنُّبه من خلال الممارسات الإدارية الجيدة. وقد يتطلب مستوى مشكلة ما تخصيص موارد إضافية بالرغم من اتجاهه نحو الانخفاض إذا رؤى بأن مستوى المشكلة غير مقبول أو أن الموارد الإضافية ربما تزيد من سرعة الانخفاض.

ومن الضرورى النظر إلى كل من الماضى والحاضر لوصف المشكلة على نحو مناسب؛ لأن اتجاهات المشكلة تعتبر جانباً مهمًا من وصفها. كما تساعد متابعة المشاكل عبر الزمن أيضًا فى التنبؤ بمستوياتها المستقبلية من خلال أساليب تحليل الاتجاهات. ولكن دائمًا لا تعطى المتابعة لمستوى المشكلة سوى صورة غير مكتملة فقط عن التغيرات عبر الزمن. ومن المهم أيضًا متابعة التغيرات والاتجاهات فى المحددات الرئيسية للمشكلة. على سبيل المثال، يجب فحص التغيرات فى الوزن المنخفض عند الولادة (محدد رئيسى لوفيات حديثى الولادة) جنبًا إلى جنب مع معدلات وفيات حديثى الولادة، ومتابعة التغيرات فى استخدام التبغ جنبًا إلى جنب مع معدلات سرطان الرئة. والتنبؤ بالمستويات المستقبلية للمشكلة بناء على اتجاهات المشكلة ومحدداتها هو أمر مفعم بالشك وغير دقيق فى أحسن الأحوال. وعلى الرغم من هذا، يعتبر التنبؤ بالمستويات المستقبلية للمشكلة أمراً مفيداً ومنطقيًا لتوفير المعلومات للقرارات التى سوف تخصص الموارد لتحقيق نتائج معينة.

إضافة إلى الاتجاهات والتنبؤات بمستويات المشكلة، تتطلب عملية تحديد المشكلة تقييم حجمها ونطاقها وانتشارها، ابتداء من وضع تعريف واضح للمشكلة حول طبيعتها ومسبباتها وحجمها وأبعادها بمدلولات معدلات حدوثها وانتشارها والفئات السكانية المتأثرة بها بمدلولات الفئات السكانية المعرضة للخطر (حسب العمر والجنس والعرق والوظيفة وغيرها من العوامل المنشئة للخطر) وزمن ومكان حدوثها. وفى العديد من الجوانب، يبدو أن هذا التحديد للمشكلة يشبه العناصر الرئيسية فى قصة إخبارية بلغة من وماذا ومتى وأين وكم.

وبنفس القدر الذى تحتاج به المشاكل إلى الوصف المتأنى لتحديد الموقع الذى نحتله، تحتاج الموارد أيضًا إلى التقييم من حيث اتجاهاتها عبر الزمن فيما يخص الموارد المالية إضافة إلى الموارد البشرية (العدد والنوع والمهارات) والمرافق والتجهيزات وغيرها من

الموارد. وتسمح المتابعة لكل من المشكلة والموارد عبر الوقت بوضع تنبؤات معقولة حول آثار الموارد (إن وجدت) على المشكلة وما يمكن توقعه عند مستويات مستقبلية مختلفة من الموارد. وتسهل هذه المعلومات فى الوصول إلى نتائج واقعية.

أين نرغب أن نكون؟

يسمح لك تحديد موقعك بأن تقارنه بالموقع الذى ترغب فى الوصول إليه. وللإجابة على هذا السؤال، يبذل الفرد منا الجهد لتحديد المستوى الذى يمكن له عنده اعتبار المشكلة مقبولة عند نقطة معينة فى المستقبل. وهو المستوى الذى ينظر عنده إلى المشكلة الحالية على أنها لم تعد تمثل مشكلة، ويعتمد هذا بشكل كبير على العناية والشمول اللذين تم بهما وصف المشكلة. وإذا كانت المشكلة محددة بشكل جيد بلغة ماذا وكم ومن ومتى وأين، يمكن حينئذًا وضع الأولويات بحيث يتم توظيف الموارد على نحو فعال لتحقيق نتائج البرنامج. كما يمكن أيضًا وضع أهداف محددة قابلة للقياس بناء على هذه العناصر الخاصة بوصف المشكلة. ويصف مصطلح الأهداف المرغوبة فى النتائج (desired out-come objective) المستوى الذى يجب أن تنخفض إليه أو تظل عنده المشكلة الصحية خلال فترة زمنية معينة. وقصد به أن يكون طويل الأجل (بصفة عامة يكون سنتين أو أكثر) وواقعيًا (يمكن تحقيقه من خلال إستراتيجية التدخل المقترحة) وقابلاً للقياس. والأهداف الخاصة بالنتائج (outcome objectives) هى مصممة لكى تقيس مباشرة مستوى المشكلة الصحية؛ وتشتمل على بيان بالمقدار والوقت الذى سوف يؤثر فيه البرنامج على المشكلة الصحية. والهدف الخاص بالنتائج هو مقياس كمى للمشكلة الصحية عند مرحلة مستقبلية معينة وهو شىء يعتقد المدير بأن البرنامج قادر على بلوغه ويجب تحقيقه. وتشمل المكونات الرئيسية الثلاثة اللازمة لوضع الأهداف الخاصة بالنتائج على توافر تدخلات فعالة وعلى الموارد والإمكانيات لتنفيذ تلك التدخلات وعلى تنبؤات بالمستوى المستقبلى للمشكلة الصحية. ومن خلال تقييم العلاقات الماضية والمستقبلية بين القدرة والإمكانية والنتائج يستطيع المرء أن يكون فكرة صحيحة عن أهداف خاصة بالنتائج واقعية وقابلة للقياس فى العديد من مستويات نشاط البرنامج.

هل يجب علينا أن نفعل شيئًا ما؟

إن الغرض من طرح السؤالين السابقين (أين نحن؟ وأين نرغب أن نكون؟) هو الإجبار على اتخاذ قرار بصدد ما إذا كانت هناك حاجة إلى عمل شىء إضافى. عندما يختلف ما

أنت عليه الآن (وما يحتمل أن تكون عليه) عما تطمح فى أن تكون عليه، يكون هذا مؤشراً على الحاجة إلى التغيير. ويأخذ التغيير أحد شكلين هما عمل ما هو أكثر أو عمل ما هو أقل. ولذا يوجد ثلاثة خيارات تتعلق بتخصيص وتوجيه الموارد: خفض (أو حتى وقف) الجهود المبذولة حالياً، مواصلة الجهود الحالية أو تنفيذ تدخل جديد.

وربما يكون وقف الجهود الحالية مطلوباً عندما تكون المشكلة الصحية قد وصلت أو من المتوقع أن تصل إلى المستويات المرغوب فيها، بحيث أصبحت عملية تخصيص موارد إضافية أمراً غير ضرورى. ويمثل هذا من وجهة نظر المدير فرصة لتوفير أو إعادة توجيه الموارد بدلاً من إهدارها.

والخيار الثانى هو الاستمرار فى توفير نفس المستوى من الموارد إذا كان هذا المستوى كفيلاً بأن يحقق المستوى المرغوب فيه من النتائج بحلول التاريخ المحدد للإنجاز. ويجب ألا يكون القرار بمواصلة توفير نفس المستوى من الموارد عملية أوتوماتيكية؛ إذ يجب أن يسبق بعملية صناعة قرار تحليلية. وإذا كان المستوى المتوقع للمشكلة يقع ضمن الحدود المقبولة والموارد متوافرة، فإن مواصلة المستوى الحالى من الجهود يعتبر قراراً مناسباً.

وتكون التدخلات مطلوبة عندما يفوق المستوى المتوقع للمشكلة الأهداف المرغوبة فى النتائج وعندما تتوافر القدرة والإمكانية للتدخل. ومع توافر التكنولوجيا والموارد يكمن السر فى تحديد أفضل إستراتيجيات التدخل التى تستطيع أن توظف تلك الموارد لتحقيق النتائج المرغوب فيها. وتتطلب عملية انتقال البرنامج مما هو عليه إلى ما يرغب أن يكون عليه اتخاذ قرارات بصدد أى الأنشطة والإستراتيجيات التى يجب أن تستخدم. وبصفة عامة، يوجد هناك على الأقل عدد من الإستراتيجيات التى يمكن من خلالها التأثير على مستوى أو حجم المشكلة الصحية. وتدور القرارات المطلوب اتخاذها حول أى البدائل سوف يكون أكثر نجاحاً من غيره وحول حجم موارد البرنامج الواجب تسخيرها لكل إستراتيجية. وتحدد إستراتيجية التدخل الخاصة بالبرنامج الكيفية التى توجه بها موارد البرنامج لتحقيق أهداف النتائج المرغوب فيها. والمنطق وراء هذا بسيط: إذا تم تنفيذ الإستراتيجيات والأنشطة كما خطط لها، فإن المشكلة سوف تنخفض إلى المستوى المتوقع حسب الجدول الزمنى المحدد. هناك العديد من حالات الشك والظروف التى لا يمكن التنبؤ بها والتى قد تحول دون نجاح إستراتيجية التدخل كما هو مخطط لها. ويمكن النظر إلى هذا الوضع كمرادف للفرق بين القدرة على التأثير (هل سوف تعمل؟) وبين فعالية التأثير (هل سوف تعمل هنا تحديداً؟). وفى جميع الأحوال، فإن إستراتيجية التدخل هى فرضية

بنفس القدر الذى هى خطة. حيث تظل فى حاجة إلى إثباتها وتزيد احتمالية حدوث المشاكل والعوائق التى لا يمكن التنبؤ بها عندما يتم تحديد وتحليل المشكلة على نحو غير كافٍ.

ماذا يجب علينا أن نفعل؟

عندما يتم صياغة المشكلة بدقة ووضوح وعندما توجد القدرة على التدخل وعندما تكون إمكانية تنفيذ التدخلات متاحة، يمكن لإستراتيجية التدخل أن تنجح. وسوف يعتمد النجاح أيضًا على درجة العمق فى تحليل المشكلة، بحيث يمكن تعيين محدداتها الرئيسية والعوامل المساهمة فى تلك المحددات. ويوفر هذا التحليل معلومات حول أكثر الأساليب فعالية والتى تسمح بتوزيع موارد البرنامج على الأنشطة التى سوف تعالج العوامل المساهمة الرئيسية.

وفقًا لنموذج تحليل المشكلات الصحية الموضح فى الفصل الثانى من هذا الكتاب، يجب صياغة المقاييس الخاصة بالمشاكل الصحية بمدلولات النتائج الصحية مثل الوفيات والإصابات ومعدل حدوث المرض ومعدل انتشاره. والمحددات (determinants) هى عوامل منشئة للخطر يعتقد، بناءً على الأدلة العلمية أو النظرية، أنها تؤثر فى مستوى مشكلة صحية معينة. أما العوامل المساهمة (contributing factors) فهى تلك العوامل التى تؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على مستوى المحددات. ويجب أن يستمر التحليل حتى يتم تعيين جميع المحددات المباشرة والعوامل المساهمة المرتبطة بها ذات العلاقة. ومن ثم يجب فحص المحددات المباشرة لتحديد أيها يوفر أعظم فرص النجاح لبلوغ النتائج المرغوب فيها. وبالنسبة لبعض المحددات، قد لا يتوافر تدخلات فعالة أو أن التدخلات المتاحة تكون ذات فعالية محدودة. ويتم اختيار تلك التدخلات التى تتيح أفضل الفرص للنجاح كنقاط للتدخل.

إضافة إلى الهدف المتوقع من النتائج، ترشد المستويات الأخرى للأهداف عملية التدخل. ويرتبط الهدف الخاص بالنتيجة (outcome objective) بمستوى المشكلة الصحية. وعلى نحو مماثل، ترتبط بعض الأهداف بالمحددات فى حين يرتبط البعض الآخر منها بالعوامل المساهمة (توضيح (٧-٤) وجدول (٧-١)).

وتعالج الأهداف الخاصة بالأثر (impact objectives) المستوى الذى يجب خفض محدد مباشر إليه خلال فترة زمنية معينة. وبصفة عامة، تعتبر الأهداف الخاصة بالأثر

متوسطة الأجل (١-٥ سنوات) فيما يخص الوقت كما أنها واقعية وقابلة للقياس. وتقيس الأهداف الخاصة بالأثر محدداً ما وتبين المقدار والوقت الذى سوف يؤثر البرنامج على ذلك المحدد. وهذا هو المقياس الكمى للمحدد عند مرحلة زمنية فى المستقبل.

وبنفس الشكل الذى تقيس به الأهداف الخاصة بالأثر المحددات، تقيس الأهداف الخاصة بالعملية (process objectives) العوامل المساهمة. وحتى يعمل البرنامج كما هو مخطط له، يؤدى تحقيق الأهداف الخاصة بالعملية إلى بلوغ الأهداف الخاصة بالأثر (impact objectives)، والتى بدورها، سوف تؤدى إلى تحقيق الأهداف الخاصة بالنتائج (outcome objectives). والأهداف الخاصة بالعملية هى أقصر أجلاً مع المقارنة بكل من الأهداف الخاصة بالنتائج أو الأهداف الخاصة بالأثر. حيث إن الأهداف الخاصة بالعملية قصيرة الأجل (تمتد عادة لسنة واحدة)، كما أنها واقعية وقابلة للقياس.

توضيح (٧-٤)

مستويات إدارة وتخطيط البرامج

الهدف (goal)	الأطر التشغيلية والفلسفية المحددة.
الهدف الخاص بالنتيجة (outcome objective)	المستوى المستقبلى المتوقع للمشكلة الصحية.
الهدف الخاص بالأثر (impact objective)	المستوى المستقبلى المتوقع لمحدد مباشر.
الهدف الخاص بالعملية (process objective)	المستوى المستقبلى لعامل مساهم.
الأنشطة (activities)	المهام الفعلية التى تؤدى من قبل العاملين فى البرنامج.

المصدر بتصرف من:

W.W. Dyal, Program Management: *A Guide for Improving Program Decisions,* USPHS-PHPPO, Atlanta, GA.

ويؤدى وضع الأهداف الخاصة بالعملية إلى البدء فى نشاطين، يركز أحدهما على تطوير خطة عمل للأنشطة الضرورية لمعالجة الأهداف الخاصة بالعملية، فى حين يؤدى الآخر إلى إعادة النظر فى الهدف الخاص بالنتيجة. ونادراً ما يغفل عن النشاط الأول؛ لأنه يعتبر ضرورياً لاستكمال عملية التخطيط. ولكن غالباً ما ينسى النشاط الثانى مؤدياً إلى اشتغال البرامج بأهداف متعلقة بالنتائج لا يمكن إنجازها. والمنطق وراء إعادة النظر فى الهدف الخاص بالنتيجة هو أن إستراتيجية التدخل التى وقع عليها الاختيار، مجتمعة

مع الأهداف الخاصة بعمليتها ومقاييس النشاط، قد تنجح جزئيًا فقط فى خفض الهدف الخاص بالنتيجة إلى المستوى المرغوب فيه. ونادراً ما تستطيع البرامج أن تحقق جميع التحسينات المطلوبة فى الهدف المرغوب فيه الخاص بالنتيجة. ونتيجة لذلك، يتم صياغة الهدف المتوقع الخاص بالنتيجة (expected outcome objective) من خلال إعادة تقييم احتمالية تحقيق الهدف المرغوب الخاص بالنتيجة خلال الإطار الزمنى للبرنامج. ويعتبر الهدف المتوقع الخاص بالنتيجة بمنزلة تقدير لحدث مستقبلى مهم يمكن ويجب إنجازه من خلال جهود البرنامج فى ظل الموارد المتاحة.

جدول (٧-١)

خصائص أهداف البرنامج

المصطلح	الفترة الزمنية	الوصف	القياس
الهدف الخاص بالنتيجة (Outcome Objective)	غالبًا طويلة الأجل	ترتبط بالمشكلة الصحية	درجة الإنجاز، تعالج عمل الشىء الصحيح
الهدف الخاص بالأثر (Impact Objective)	متوسطة الأجل	ترتبط بالمحددات المباشرة وبالعوامل المنشئة للخطر	درجة الإنجاز، تعالج عمل الشىء الصحيح
الهدف الخاص بالعملية (Process Objective)	قصيرة الأجل	ترتبط بالعوامل المساهمة	درجة الإنجاز، تعالج عمل الشىء على نحو صحيح
الأنشطة (Activities)	غالبًا قصيرة الأجل	تصف استخدام موارد البرنامج	الإنجاز (نعم/لا)، تعالج عمل الشىء على نحو صحيح

المصدر بتصرف من:

W.W. Dyal, Program Management: *A Guide for Improving Program Decisions,* USPHS-PHPPO, Atlanta, GA.

ويتطلب إكمال عملية التخطيط فى البرنامج وضع خطة عمل تتضمن أنشطة ومهام محددة تحقق أهداف البرنامج الخاصة بالعملية. وتربط موارد البرنامج بهذه الأنشطة فى حين تستخدم المهام ومقاييس الأنشطة لمتابعة التقدم. وبصفة عامة، فإن مقاييس الأنشطة هى قصيرة الأجل (غالبًا يعبر عنها بأسابيع أو أشهر) ولكنها أيضًا واقعية وقابلة للقياس. وتنفق ميزانية البرنامج للقيام بهذه الأنشطة والمهام. وبيانات العمل (work state-ments) هذه هى قصيرة الأجل (أقل من سنة) وواقعية وقابلة للقياس وتصف ما يجب عمله ومن سيتولى القيام به ومتى يجب عمله وأين يجب عمله. والميزانية هى إلى حد كبير خطة تشغيلية للنفقات المالية لدعم الأنشطة المتفق عليها فى خطة البرنامج.

وكما سبق الإشارة، تقوم خطة البرنامج على مجموعة من علاقات الارتباط النظرية أو الفرضيات التى تتعلق بالمشكلة ومحدداتها والعوامل المساهمة والأنشطة والموارد. ويتم تسخير موارد البرنامج من خلال أنشطة محددة تعمل على تعديل العوامل المساهمة مؤدية بذلك إلى تحقيق الأهداف الخاصة بالعملية. وإنجاز الأهداف الخاصة بالعملية يؤثر على المحددات مؤدية بذلك إلى تحقيق الأهداف الخاصة بالأثر. ويؤدى إنجاز الأهداف الخاصة بالأثر إلى خفض مستوى المشكلة الصحية مؤديًا إلى تحقيق الهدف المتوقع الخاص بالنتيجة.

كيف نعرف أننا فى الطريق الصحيح لبلوغ مقصدنا؟

للإجابة عن السؤال الأخير، كيف نعرف أننا فى الطريق الصحيح لبلوغ مقصدنا؟، يجب فحص فعالية تصميم البرنامج وتنفيذه. ومن المتطلبات الرئيسية لأى إستراتيجية تقييم هو وضع نقاط تفتيش (checkpoints) فى مواقع حساسة أو مراحل مهمة قابلة للقياس من حيث كل من الزمن والاتجاه. وتساعد هذه المدير فى تحديد ما إذا كان البرنامج يسير فى الاتجاه الصحيح وما إذا كان سوف يبلغ وجهته فى الوقت المحدد. ويمكن تلخيص كل من الإستراتيجية وأهمية تقييم فعالية البرنامج على نحو متواصل فى التعليق المشهور القائل بأن عمل الأشياء الصحيحة هو أكثر أهمية من عمل الأشياء على نحو صحيح. ويركز التقييم عليهما معًا.

وقد كان التقييم يوصف سابقًا على أنه طرح الأسئلة المناسبة. وفى ظل وجود بيان بالمشكلة محلل على نحو جيد واختيار إستراتيجية التدخل المناسبة، فإن طرح الأسئلة

المناسبة يصبح أمراً واضح المعالم. والأسئلة الرئيسية هى من البساطة بمثل: هل تحقق الهدف الخاص بالنتيجة؟ وهل تحققت الأهداف الخاصة بالأثر؟ وهل تحققت الأهداف الخاصة بالعملية؟ وهل تم القيام بأنشطة البرنامج كما هو مخطط لها؟ ويتطلب التقييم ضمن هذا الإطار قياس النتيجة الفعلية ومقارنتها بالنتيجة المطلوبة. وتتوافر المعلومات عن النتيجة المطلوبة من خطة البرنامج، فى حين يجب أن تتوافر البيانات والمعلومات عن النتيجة الفعلية من قبل نظام المعلومات الخاص بالبرنامج. وتوفر الأهداف والغايات والأنشطة وغيرها من المواصفات المستوى الخاص بالنتيجة المطلوبة لغرض المقارنة.

وتمثل إستراتيجية التدخل الفرضية السببية التى يجب أن يعاد تقييمها باستمرار لأن الظروف والأوضاع ربما تتغير بطرق تؤثر على الفرضيات وعلاقات الارتباط الأولية. ويعتبر التقييم ضرورياً قبل اتخاذ القرارات بصدد ما إذا كان يجب زيادة الجهود أو خفضها أو حتى الاستمرار على نفس مستواها الحالى. فى عام ١٩٩٩م، قامت مراكز السيطرة والوقاية من المرض بتطوير أدلة إرشادية للمهنيين فى الصحة العامة بغرض استخدامها فى تقييم البرامج[١٣]. وتركز هذه الأدلة الإرشادية بشكل أقل على الجوانب التقنية فى تقييم البرنامج من تركيزها على ستة عناصر ضرورية وأربع مواصفات عامة لتقييم البرنامج. وتشتمل الخطوات الست على:

١- حدد أصحاب المصالح، والذين يشملون القائمين على تنفيذ البرنامج والمستفيدين أو المتأثرين بالبرنامج وأولئك الذين سوف يستخدمون نتائج تقييم البرنامج.

٢- صف البرنامج، ويشمل على وصف واضح للاحتياج والتوقعات من البرنامج والنموذج المنطقى وراء البرنامج والموارد التى سوف تستخدم والأنشطة التى سوف تنفذ ومرحلة تطوير البرنامج والكيفية التى سوف يتلاءم بها فى المحيط التنظيمى وبيئة التجمع السكانى الأرحب.

٣- ركز على تصميم البرنامج، ويشمل صياغة الغرض من التقييم بوضوح (استخداماته ومستخدميه) إضافة إلى أسئلة التقييم وأساليبه المحددة.

٤- اجمع الأدلة الموثوق بها، وتشمل المؤشرات التى تترجم المفاهيم العامة للبرنامج إلى مقاييس محددة، خذ بعين الاعتبار المصادر المهمة للأدلة واجمع ما تحتاج إليه فقط واستخدم أساليب جمع وإدارة البيانات المقبولة.

٥- برر الاستنتاجات، وتشمل التحليل والتركيب والتفسير والتوصيات التى تتوافق مع قيم أصحاب المصالح.

٦- اعمل على ضمان الاستفادة من الدروس والمشاركة فيها، ويشمل التحضير للتعامل مع النتائج الإيجابية والسلبية والآليات الكافية للتغذية المرتدة والمتابعة وتزويد أصحاب المصالح بالمعلومات.

وتساعد مواصفات التقييم العامة فى تحديد ما إذا كان التقييم مصمم بشكل جيد وما إذا كان يعمل لبلوغ جميع ما يمكن أن يحققه. وترتبط تلك المواصفات إلى حد كبير بالخطوات الضرورية للتقييم، كما هو موضح فى جدول (٧-٢). وتعالج المواصفات أربعة أسئلة رئيسية:

١- هل التقييم مفيد؟ (الفائدة Utility)

٢- هل التقييم عملى؟ (العملية Practicality)

٣- هل التقييم أخلاقى؟ (الملاءمة Propriety)

٤- هل التقييم صحيح؟ (الدقة Accuracy)

جدول (٧-٢)

خطوات التقييم الوقائية الخاصة بمراكز السيطرة والوقاية من المرض والمواصفات ذات العلاقة

	الفائدة	الجدوى	الملائمة	الدقة
حدد أصحاب المصالح	✓		✓	
صف البرنامج			✓	✓
ركز على تصميم البرنامج		✓	✓	✓
اجمع الأدلة الموثوق بها	✓			✓
برر الاستنتاجات	✓			✓
اعمل على ضمان الاستفادة من الدروس والمشاركة فيها	✓		✓	✓

المصدر بتصرف من:

Framework for Program Evaluation in Public Health, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, pp-11, the centers for Disease Control and Prevention

هناك عدة أبعاد لتقييم التدخلات الوقائية. وتشتمل تلك الأبعاد على نطاق تغطية البرنامج (نسبة الفئات السكانية المستهدفة التى شاركت فى التدخل) والفعالية (معدل النجاح إذا تم تنفيذه على النحو المطلوب) والتأقلم (نسبة المواقع أو المؤسسات التى سوف تتبنى التدخل) والتنفيذ (مدى تنفيذ التدخل على النحو المطلوب فى الواقع) والاستمرارية (مدى بقاء البرنامج عبر الزمن)[١٤]. ويمكن أن يؤدى الفشل فى تقييم الأثر فى جميع الأبعاد الخمسة إلى الاستخدام غير الكفء للموارد وإلى تأثير سلبى على النتائج الصحية وإلى محدودية فرص البحث العلمى.

وتمثل الفعالية (effectiveness) القدرة على تحقيق النتيجة المرجوة وإنجاز النتائج المتوقعة. وعندما يفشل البرنامج فى تحقيق النتائج المتوقعة منه، يجب تحديد السبب وراء هذا الفشل. وقد لا تكون البرامج فعالة لعدة أسباب ترتبط بالمستويات المختلفة بأهداف وأنشطة البرنامج: أهداف البرنامج الخاصة بالنتائج والأهداف الخاصة بالأثر والأهداف الخاصة بالعملية ومعايير الأنشطة (توضيح ٧-٥).

وبترتيب معكوس، ربما لا تتحقق مقاييس الأنشطة إذا كانت الموارد غير متوافرة أو عندما يفشل العاملون فى أداء المهام المناطة بهم. وينتج عن هذا عدم تحقيق معايير الأنشطة. وإذا كانت معايير الأنشطة على صلة وثيقة مع معايير العملية المرتبطة بها، فإن معايير العملية لن تتحقق أيضًا. ويعنى الفشل فى معالجة المعايير الخاصة بأنشطة البرنامج وأهداف العملية بنجاح أن البرنامج لا يؤدى الأشياء على نحو صحيح. وعلى النقيض، يعنى الوفاء بمعايير الأنشطة وتحقيق الأهداف الخاصة بالعملية بنجاح أن البرنامج يؤدى الأشياء على نحو صحيح. وعمل الأشياء الصحيحة يعنى أن نتائج البرنامج والأهداف الخاصة بالأثر قد تحققت. ويمكن حدوث أربع مجموعات توافقية لفعالية البرنامج:

١- يمكن أن تعمل البرامج الأشياء الصحيحة وعلى نحو صحيح. ويكون هذا الوضع فى البرامج المصممة والمدارة بشكل جيد والتى تستحق المحاكاة.

٢- يمكن أن تعمل البرامج الأشياء الصحيحة على الرغم من أن الأشياء لا تؤدى على نحو صحيح. وهنا يكون الارتباط بين أهداف البرنامج الخاصة بالعملية وبين معايير الأنشطة والارتباط بين أهداف البرنامج الخاصة بالنتائج والأهداف الخاصة بالأثر قد حددت على نحو سيئ. وهذه البرامج غير مصممة وغير مدارة بشكل جيد. ولا يمكن ربط أنشطة وموارد البرنامج بالنتائج المتحققة.

٣- يمكن أن لا تعمل البرامج الأشياء الصحيحة كما أنها لا تعمل الأشياء على النحو الصحيح. وهذه البرامج مصممة ومنفذة بشكل سيء من جميع الجوانب.

٤- يمكن أن تعمل البرامج الأشياء على نحو صحيح ولكنها لا تعمل الأشياء الصحيحة. وهنا، يتم تحقيق معايير الأنشطة والأهداف الخاصة بالعملية ولكن الأهداف الخاصة بالأثر والأهداف الخاصة بالنتائج لا تتحقق. وعلى الرغم من أن العاملين فى البرنامج قد يكونون راضين عن أداء البرنامج، إلا أن البرنامج ككل لا يمكن أن يكون مرضيًا. ويحدث هذا الوضع عندما لا يتم تحليل المشكلة بشكل كاف. ويمكن الجدل بأن هذه البرامج، على الرغم من تصميمها السيئ، إلا أنها تدار بشكل جيد على الأقل.

توضيح (٧-٥)

تمرين على تصميم تدخل لبرنامج

لقد فرغت من عملية وضع أولويات فى مبادرة للسيطرة على الإصابة على مستوى الولاية. وفى نفس الصدد، قام حاكم الولاية بضمان تخصيص مليون دولار أمريكى فى السنة المالية التالية للولاية للبدء فى برنامج للوقاية/السيطرة على الإصابة لمشكلة الإصابة ×. والهدف العام هو خفض الوفيات الناجمة عن الإصابة × فى الولاية التى تتبع لها. وسوف توجه جميع الموارد المتاحة لتحقيق هذا الهدف. (لاحظ أن الإصابة × يمكن أن تكون أيًا من مشاكل الإصابة التالية: القتل، الانتحار، العنف العائلى، عنف العصابات، إصابات حوادث السيارات، الإصابات غير المتعمدة المرتبطة بالأسلحة، الحروق، السقوط والغرق).

اجمع المعلومات التى تحتاج إليها وأشرع فى عملية التخطيط مع التحالف الخاص بك للسيطرة على الإصابة على مستوى الولاية. كل تحالف سوف يتولى ما يلى:

صياغة المشكلة الصحية والهدف المطلوب الخاص بالنتيجة. ويتطلب هذا ما يلى:

- وصف الحالة الراهنة للمعرفة للوقاية/السيطرة على مشكلة × .
- إعداد بيان حول المشكلة مصمم بعناية يشمل أهمية ونطاق المشكلة والفئات السكانية المعرضة للخطر والاتجاهات ذات الصلة بالموضوع.
- مناقشة الموارد المتاحة لمعالجة المشكلة وأى موارد إضافية يمكن الاحتياج إليها.
- تطوير الهدف المطلوب الخاص بالنتيجة للمشكلة الصحية.

تطوير إستراتيجية تدخل من خلال:

- تحليل مشكلة الإصابة الخاصة بك فيما يتعلق بأكثر العوامل عرضة أو قابلية للتدخل.
- عين المحددين الأكثر أهمية، ولكل محدد، عين عاملين مساهمين رئيسيين (بعد هذه الخطوة،

تابع - توضيح (٧-٥):

يفترض أن يصف هذا النموذج المنطقى السبل (paths) المختارة التى من خلالها يمكن للتدخل أن يؤثر فى الوفيات الناجمة عن مشكلة ×).

- كتابة واحد أو أكثر من الأهداف الخاصة بالنتيجة.
- تطوير إستراتيجية تدخل تعالج إحدى سبل المشكلة الصحية. للقيام بذلك، اختر المحدد والعوامل المساهمة المرتبطة به الذى يحتاج إلى تطوير أهداف خاصة بالأثر وأهداف خاصة بالعملية. خذ فى الاعتبار حالة المعرفة والموارد المتاحة عند تطوير هذه الأهداف.
- معاينة الأهداف الخاصة بالأثر والأهداف الخاصة بالعملية الواردة فى الخطة لتطوير هدف متوقع خاص بالنتيجة إذا كان تحقيق الأهداف الخاصة بالأثر والعملية لن يؤدى إلى تحقيق الهدف المطلوب الخاص بالنتيجة.

تطوير خطة عمل عن طريق تحديد المهام الفعلية أو الأنشطة الضرورية لإنجاز جميع الأهداف الخاصة بالعملية من خلال توظيف العاملين فى البرنامج بحيث:

- تكون المهام مرتبة ترتيباً منطقياً وسوف تؤدى إلى تحقيق الأهداف الخاصة بالعملية.
- يتم تحديد العاملين فى البرنامج (حسب مسمياتهم الوظيفية) المسئولين عن كل مهمة.
- يتم تحديد أخر موعد لإنجاز جميع المهام.
- أن لا يتم تجاوز الميزانية المتاحة.

تطوير خطة تقييم للبرنامج توافر الأدلة على أن البرنامج يعمل فعلاً فى المحيط أو البيئة التى ينفذ فيها من خلال:

- وصف الكيفية التى سوف يتم من خلالها تقييم ما يلى: الأنشطة، الأهداف الخاصة بالعملية والأهداف الخاصة بالأثر والهدف الخاص بالنتيجة. لكل عملية تقييم، احصر المعلومات عن الأشياء التى يتطلب قياسها أو تعدادها، مصادر المعلومات، انسياب أو تحويل المعلومات، مناسبة توقيت البيانات، الكيفية التى سوف يتم من خلالها تحليل البيانات والمعلومات، محتوى التقارير، ولمن وكيف سوف ترسل التقارير فى الغالب.

بافتراض أنك أنجزت جميع الأهداف الخاصة بالعملية وأن هدفك الخاص بالنتيجة قد أنجز بنسبة ٨٠٪، ما هى القرارات المناسبة؟ ماهى القرارات المناسبة فى حالة إنجاز ٤٠٪؟

المصدر بتصرف من:

Translating Science Into Practice, 1991, CDC Case Study.

وكما تقترح هذه البدائل، يمكن أن تعانى البرامج مشكلة الافتراضات غير الصحيحة أو الإستراتيجيات غير الكاملة التى تهدف إلى ربط الأهداف الخاصة بالعملية مع الأهداف الخاصة بالأثر أو ربط الأهداف الخاصة بالأثر مع الهدف المتوقع من نتيجة معينة. ويتطلب تحديد مواطن الضعف فى تصميم أو تنفيذ البرنامج التقييم المستمر لصحة (validity) وإمكانية التعويل على (reliability) واكتمال (completeness) إستراتيجية التدخل.

ويرمز "عمل الأشياء على نحو صحيح" إلى أداء الأنشطة وتحقيق الأهداف الخاصة بالعملية. ويقاس من خلال تقييم العملية. ويرجع الإخفاق فى تحقيق الأهداف الخاصة بالعملية إلى سببين: (١) عدم توافر الموارد، والذى يستدعى إعادة تقييم الأهداف الخاصة بالأثر والعملية بغرض جعلها تتناسب مع الموارد المتاحة (خفض التوقعات أو البحث عن موارد إضافية) أو (٢) ضعف الأداء، والذى يستدعى إعادة تقييم العاملين فى البرنامج فيما يتعلق بحفز العاملين والمهارات والمعارف (تعيين عاملين، فصل عاملين، تدريب عاملين أو تحفيزهم). وإذا تم تحقيق الأهداف الخاصة بالعملية، فإن البرنامج يعمل الأشياء على نحو صحيح.

ويرمز "عمل الأشياء الصحيحة" إلى تحقيق الأهداف الخاصة بالأثر والنتيجة ويقيس فعالية البرنامج. وإذا لم تتحقق الأهداف الخاصة بالأثر على الرغم من تحقق الأهداف الخاصة بالعملية، فإن على المدير أن يعيد فحص العلاقة المفترضة بين العوامل المساهمة والمحددات، وأن يراجع إستراتيجية التدخل وأن يطور خطة عمل جديدة. وإذا لم يتحقق الهدف المتوقع من النتيجة على الرغم من تحقق الهدف الخاص بالأثر، فإنه يجب على المدير أن يعيد فحص الارتباط المفترض بين المحددات والمشكلة الصحية، وأن يراجع إستراتيجية التدخل وأن يطور خطة عمل جديدة. وعندما يعمل البرنامج الأشياء على النحو الصحيح (الأنشطة والأهداف الخاصة بالعملية) ولكنه لا يحقق الأثر المتوقع أو النتيجة، فإن الاستنتاج الوحيد هو أن البرنامج لا يعمل الأشياء الصحيحة. وإذا تحقق الهدف المتوقع من النتيجة" فإنه يجب على المدير إعادة تقييم الحاجة إلى البرنامج والبدء فى دورة الإدارة مرة أخرى.

وتسهل الأهداف ذات المستويات الثلاثة وإجراء التقييم (العملية، الأثر والنتيجة) فى تحديد مصدر المشاكل عندما لا يحقق البرنامج النتيجة المتوقعة منه[١٢] (شكل ٧-١٠). وتبدأ العديد من البرامج بتركيز على تحقيق النتائج ولكنها تتحول بشكل سريع إلى التركيز على إنجاز أنشطتها والمعايير الخاصة بالعملية. وهذا مثال على إحلال النتيجة

(outcome displacement)، حيث تستبدل النتائج كقوى محركة للبرامج بالأنشطة فى المستويات الأدنى. ولأن كل برنامج يحتاج إلى النجاح، يعرف برنامج ما نجاحه بأنه عمل الأشياء على نحو صحيح حتى ولو كانت تلك الأشياء لا تؤدى إلى النتائج التى صمم البرنامج من أجل تحقيقها. وإذا كان البرنامج لا يستطيع النجاح بلغة النتائج، فإنه سوف يحول أهدافه نحو تلك الأهداف التى يستطيع تحقيقها. وبذلك تصبح أنشطة وعمليات البرنامج بمنزلة الغرض من البرنامج ويتم قبولها على أنها بدائل عن تحقيق أهداف البرنامج. ومثل هذا الوضع يبدو واضحا فى النظام الصحى الأوسع حيث تم إحلال النتائج الصحية كأهداف بعمليات مثل الحصول على الرعاية الطبية.

شكل (٧-١٠)

تقييم برنامج متعدد المستويات



المصدر بتصرف من:

W.W. Dyal, Program management: *A Guide for Improving Program decisions,* 1990, UPPHS-CDC-PHPPO, Atlanta, GA.

ويعمل نظام إدارة البرامج البسيط هذا بشكل جيد فى مجال الصحة العامة لعدة أسباب. يعد هذا النظام منطقيًا ومرنًا وقابلاً للتطبيق على أغلب البرامج كما أنه يسمح بإجراء المقارنات سهلة الفهم بين البرامج. إضافة إلى ذلك، يعزز هذا النظام الاتصالات داخل المنظمة ويعمل على منع إحلال النتيجة. والأكثر أهمية، أنه يوفر خارطة للطريق وعلامات بارزة للمديرين حتى يتمكنوا من الاستمرار على نهج ثابت على طريق إنجاز أهداف البرنامج المحددة الخاصة بالنتائج.

خاتمة:

يوضح السؤال، ماذا عملت من أجلى مؤخرًا؟، التوقعات الخاصة بالخدمات التى تتخلل المجتمع. وقد أصبحت التدخلات والبرامج التى تنظم عملية تنفيذها بمنزلة السمة البارزة للصحة العامة. ويعرف أغلب الناس الصحة العامة بلغة التدخلات التى يتعاملون معها بشكل أكبر. ولأن الخدمات الصحية الشخصية تمثل جزءًا كبيرًا من نفقات الصحة العامة ولأن العديد من خدمات الصحة العامة الموجهة للسكان ليست واضحة وليست مباشرة مثل الخدمات الإكلينيكية؛ فإن الاعتقاد الشائع هو أن الصحة العامة تقدم الخدمات الإكلينيكية لغير القادرين على الحصول عليها من خلال مقدمى الخدمة الآخرين. وهناك العديد من الأساليب التى يمكن من خلالها تبويب أو تصنيف التدخلات والبرامج التى تنتج عن الجهود الجماعية لتحديد وتلبية الاحتياجات ومعالجة الأخطار الصحية فى المجتمع. ويفصل أحد تلك الأساليب بين التدخلات الوقائية الموجهة للمجتمع بصفة عامة وبين التدخلات الوقائية الإكلينيكية. ويقوم هذا الأسلوب على نحو كبير على الاختلاف فى التركيز بين الصحة العامة والممارسين الطبيين. وتعتبر نقاط التماس بين هذين النمطين من الممارسة شاملة وفى تزايد مستمر. ويتم تنظيم وتنسيق تلك التدخلات من خلال أساليب إدارة البرامج والتى تبدأ وتتمحور حول التحديد المتأنى للمشاكل الصحية. ويسمح تحليل المشاكل الصحية المحددة بعناية من وضع ثلاثة مستويات من الأهداف للمشكلة إضافة إلى محدداتها والعوامل المساهمة فيها. وتشكل الأهداف الخاصة بالنتيجة والأهداف الخاصة بالأثر والأهداف الخاصة بالعملية مجتمعة مع المهام المحددة الضرورية لتحقيق الأهداف الخاصة بالعملية الإطار لمتابعة التقدم وتعديل إستراتيجيات وأنشطة البرنامج. ويساعد نظام الإدارة هذا البرامج بحيث تجعل "الجائزة نصب أعينها" بدلاً من السماح لها بتحويل تركيزها من النتائج الموضوعة إلى المهام اليومية.

أسئلة وتمارين للمناقشة

١- كيف يرتبط التخطيط والتقييم مع تنفيذ البرنامج؟

٢- ما الأهداف الخاصة بالنتيجة والأهداف الخاصة بالأثر والأهداف الخاصة بالعملية، وكيف تسهم في تقييم البرنامج؟

٣- حدد مشكلة صحية مرتبطة بسلامة بيئة العمل (" إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: التحسينات فى سلامة بيئة العمل") وتدخلاً يمكن أن يخفض مستوى المشكلة. اضرب أمثلة على الأهداف الخاصة بالنتيجة والأهداف الخاصة بالأثر والأهداف الخاصة بالعملية الممكنة لهذا التدخل؟

٤- إذا كان البرنامج الذى تشرف عليه يحقق المقاييس الخاصة بالنشاط والعملية ولكنه لا يؤثر فى الأهداف الخاصة بالأثر والأهداف الخاصة بالنتيجة، ماذا يجب عليك أن تعمل؟

٥- إذا كان البرنامج لا يحقق الأهداف الخاصة بالنشاط والأهداف الخاصة بالعملية، ما الذى يجب عمله؟

٦- لماذا يعتبر تحديد المشكلة فى غاية الأهمية بالنسبة لإدارة البرنامج؟

٧- ما هو المقصود بمبدأ إحلال النتيجة (outccome displacement) وكيف يؤثر هذا المبدأ على البرامج والبيروقراطيات؟

٨- ما هو وجه الاختلاف بين عمل الأشياء الصحيحة وبين عمل الأشياء على نحو صحيح فى الصحة العامة؟

٩- أكمل تطوير تدخل لواحدة من المشاكل المتعلقة بالإصابة المذكورة فى توضيح (٧-٥) ؟

١٠- فى حال استخدام إحدى الخدمات الوقائية الإكلينيكية المحددة فى ملحق (٧-أ) استخداماً مكثفاً فأيُّها سيكون أكثر فعالية فى معالجة المشاكل الصحية المرتبطة بالسلامة والصحة الوظيفية ("إنجازات الصحة العامة فى أمريكا القرن العشرين: التحسينات فى سلامة بيئة العمل")؟

المراجع:

١- National Association of County and City Health Officials (NACCHO). *Profile of Local health Departments, 1992-1993.* Washington, DC: NACCHO; 1995.

٢- NACCHO. *Local Health Department Profile 1996-1997 Data Set.* Washington, DC: NACCHO; 1997.

٣- Public Health Functions Steering Committee. *Public Health in America.* Washington, DC: U.S. Public Health Service (PHS); 1994.

٤- U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services.* 2nd ed. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 1995.

٥- PHS. *Clinician's Handbook of Preventive Services.* Germantown, MD: International Medical Publishers; 1998.

٦- Illinois Department of Public Health (IDPH). *Challenge and Opportunity: Public Health in an Era of Change.* Springfield, IL: IDPH; 1996.

٧- Centers of disease Control and Prevention (CDC). Achievements in public health, United States, 1900-1999: Improvements in workplace safety. *Morb Mortal Wkly Rep.* 1999; 48 (22):461-469.

٨- Teutsch S. A framework for assessing the effectiveness of disease and injury prevention. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1992; 41:RR-3.

٩- *Practice Guidelines for Public Health: Assessment of Scientific Evidence, Feasibility and Benefits.* Baltimore: Council on Linkages between Academia and Public Health practice; 1995.

١٠- Task Force on Community Preventive Services. *The Guide to Community Preventive Services.* Washington, DC; 2001. In press.

١١- Brownson RC, Gurney JG, Land GH. Evidence-based decision making in public health. *J Public Health Manage Pract.* 1999; 5(5): 86-97.

١٢- Dyal WW. Program Management: *A Guide for Improving Program Decisions.* Atlanta, GA: PHS; 1990.

١٣- CDC. Framework for program evaluation in public health. *MMWR Morb mortal Wkly Rep.* 1999; 48: RR-11.

١٤- Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *Am J Public Health.* 1999; 89: 1322-1327.

ملحق (٧-أ)

توصيات بشأن الخدمات الإكلينيكية الوقائية لفئات عمرية معينة، فريق العمل الخاص بالخدمات الوقائية فى الولايات المتحدة، ١٩٩٦م

المجموعة العمرية مع الأسباب الرئيسية للوفاة	التدخلات الموجهة لجميع السكان	التدخلات الموجهة للفئات السكانية ذات الخطر المرتفع
العمر: الولادة حتى ١٠ سنوات الأسباب الرئيسية للوفاة: - حالات ناشئة فى مرحلة ما قبل الولادة. - العيوب الخلقية. - متلازمة موت المهد المفاجئ (SIDS). - الإصابات غير المتعمدة (غير السيارات). - الإصابات المرتبطة بالسيارات).	اختبارات الكشف عن المرض - الطول والوزن. - ضغط الدم. - فحص النظر (٣-٤ سنوات). - اعتلال خضابى أو هيموغلوبينى (عند الولادة). - مستوى الفنيل ألانين (عند الولادة). - ت٤ تيروكسين (T٤) و/أو الهرمون المحفز للغدة الدرقية (TSH) (عند الولادة). الخدمات الاستشارية: الوقاية من الإصابة - مقاعد السلامة الخاصة بالأطفال (العمر < ٥ سنوات). - أحزمة الحوض والكتف (العمر > ٥ سنوات). - واقى الرأس الخاص بالدراجات الهوائية؛ تجنب ركوب الدراجات الهوائية قرب حركة السير. - كاشف الدخان، مثبط اللهب، ملابس النوم. - درجة حرارة سخانات الماء < ١٢٠-١٣٠ فهرنهايت. - حواجز النوافذ/السلالم والحواجز حول برك السباحة. - التخزين الآمن للأدوية، المواد السامة، الأسلحة وأعواد الثقاب.	- اختبار الهيموجلوبين/هيماتوكريت (hematocrit) للأطفال الخدج (المولودين قبل فترة حمل كاملة) أو ذوى الوزن المنخفض عند الولادة. - إجراء اختبار الكشف عن فيروس نقص المناعة المكتسب (HIV) للرضع والأمهات المعرضين لخطر الإصابة بالفيروس. - اختبار الهيموجلوبين/هيماتوكريت لذوى الدخول المنخفضة والمهاجرين. - اختبار تيوبركلين(PPD) لمخالطى مرضى الدرن (TB). - اختبار الهيموجلوبين/هيماتوكريت؛ اختبار تيوبركلين (PPD)؛ اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائى (أ)؛ اللقاح ضد الالتهاب الرئوى (pneumococcal vaccine) للأمريكيين الشماليين وسكان ولاية ألاسكا الأصليين. - اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائى (أ) للمسافرين للدول النامية. - اختبار تيوبركلين (PPD)، اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائى (أ) ولقاح الأنفلونزا للمقيمين فى مرافق الرعاية الصحية طويلة الأجل.

تابع – ملحق (٧–أ):

المجموعة العمرية مع الأسباب الرئيسية للوفاة	التدخلات الموجهة لجميع السكان	التدخلات الموجهة للفئات السكانية ذات الخطر المرتفع
	– شراب عرق الذهب، ورقم السيطرة على السم (poison control number). – التدريب على إجراء التنفس الاصطناعى (CPR) للوالدين والقائمين على رعاية الأطفال. الخدمات الاستشارية: التغذية وتمارين اللياقة البدنية – الرضاعة الطبيعية، والحليب الصناعى والأغذية الغنية بالحديد (الرضع والأطفال حديثى الخطى). – الحد من الدهون والكلسترول؛ المحافظة على توازن السعرات الحرارية؛ التركيز على الحبوب والفواكه والخضراوات (العمر < ٣ سنوات). – النشاط البدنى المنتظم. الخدمات الاستشارية: إساءة استخدام العقاقير (sub-stance abuse) – آثار التدخين السلبى (pas-sive smoking). – حملات التوعية المضادة للتبغ. الخدمات الإستشارية: صحة الأسنان – الزيارات المنتظمة لمقدمى الرعاية الخاصة بالأسنان. – خيوط تنظيف الأسنان	– اختبار تيوبركلين (PPD)، اللقاح ضد الالتهاب الرئوى ولقاح الأنفلونزا لبعض الحالات الطبية المزمنة. – اختبار مستوى الرصاص فى الدم للأفراد والتجمعات السكانية المعرضة للرصاص بشكل أكبر. – جرعات إضافية يومية من الفلورايد فى المناطق التى تعانى نقصًا فى تزويد مياهها بالفلوريد. – تجنب التعرض لأشعة الشمس الزائدة خلال فترة منتصف النهار، استخدام الملابس الواقية لمن يوجد فى تاريخهم العائلى حالات من سرطان الجلد؛ وحمة أو شامة؛ وذوى البشرة والعيون والشعر الفاتح.

تابع – ملحق (٧–أ):

المجموعة العمرية مع الأسباب الرئيسية للوفاة	التدخلات الموجهة لجميع السكان	التدخلات الموجهة للفئات السكانية ذات الخطر المرتفع
	(Floss) والتنظيف اليومى للأسنان باستخدام معجون الأسنان المحتوى على الفلوريد. – تقديم المشورة حول تسوس أسنان الأطفال الناتج عن زجاجات الحليب. التحصينات: – الدفتيريا – الكزاز – السعال الديكى (DPT). – اللقاح ضد شلل الأطفال المعطى عن طريق الفم (OPV). – الحصبة – النكاف – الحصبة الألمانية (MMR). – اللقاح ضد الهموفلس أنفلونزا نوع (ب). – التهاب الكبد الوبائى (ب). – الجديرى أو الحماق (Var-icella). – المعالجة الوقائية الكيميائية (Chemoprophylaxis). – المعالجة الوقائية للعين (عند الولادة).	
العمر: من ١١–٢٤ سنة الأسباب الرئيسية للوفاة: – الإصابات المرتبطة بالسيارات وغيرها من الإصابات غير المتعمدة. – القتل. – الانتحار.	اختبارات الكشف عن المرض. – الطول والوزن. – ضغط الدم. – اختبار الكشف عن سرطان الرحم (Pap test). – اختبار الكشف عن الإصابة بالمتدثرة أو الكلاميديا (chla-mydia) (الإناث < ٢٠ سنة).	– اختبار آر بى آر (RPR) / فى دى آر إل (VDRL)، اختبار الكشف عن السيلان (إناث)، المتدثرة أو الكلاميديا (chla-mydia) (إناث)، وإعطاء لقاح التهاب الكبد الوبائى (أ) لذوى السلوك الجنسى الأكثر عرضة للخطر.

تابع – ملحق (٧–أ):

المجموعة العمرية مع الأسباب الرئيسية للوفاة	التدخلات الموجهة لجميع السكان	التدخلات الموجهة للفئات السكانية ذات الخطر المرتفع
– الأورام الخبيثة. – أمراض القلب.	– دراسة مصل الدم لوجود أجسام مضادة للحصبة الألمانية أو البحث فى التاريخ التحصينى ضد الحصبة الألمانية (الإناث < ١٢ سنة). – التقييم للكشف عن وجود مشكلة تعاطى الكحول. الخدمات الاستشارية للوقاية من الإصابة – أحزمة السلامة للحوض/الكتف. – واقيات الرأس الخاصة بالدراجات الهوائية/الدراجات النارية. – كاشف الدخان. – التخزين الأمن/التخلص من الأسلحة النارية. الخدمات الاستشارية حول إساءة استخدام العقاقير: – تجنب استخدام التبغ. – تجنب تعاطى الكحول من قبل من هم دون السن القانونية وتعاطى العقاقير أو المخدرات المحرمة. – تجنب قيادة السيارة والسباحة وركوب القوارب، إلخ فى أثناء الوقوع تحت تأثير الكحول/المخدرات.	– اختبار آر بى آر (RPR) / فى دى آر إل (VDRL)، واختبار الكشف عن الإصابة بفيروس مرض نقص المناعة المكتسب (HIV)، وإعطاء لقاح التهاب الكبد الوبائى (أ)؛ اختبار تيوبركلين (PPD)، وتقديم النصح لخفض نسبة خطر الإصابة بين متعاطى المخدرات عن طريق الحقن. – اختبار تيوبركلين(PPD) لمخالطى مرضى الدرن (TB)، المهاجرين وذوى الدخول المنخفضة. – اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائى (أ)، اختبار تيوبركلين (PPD)، اللقاح ضد الالتهاب الرئوى (pneumococcal vaccine) للأمريكيين الأصليين/ سكان ولاية ألاسكا الأصليين. – اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائى (أ) للمسافرين للدول النامية. – اختبار تيوبركلين (PPD)، اللقاح ضد الالتهاب الرئوى ولقاح الأنفلونزا لبعض الحالات الطبية المزمنة. – اللقاح الثانى ضد الحصبة – النكاف – الحصبة الألمانية (MMR) فى المرافق أو الأماكن التى يتجمع فيها المراهقون والشباب.

تابع – ملحق (٧-أ):

المجموعة العمرية مع الأسباب الرئيسية للوفاة	التدخلات الموجهة لجميع السكان	التدخلات الموجهة للفئات السكانية ذات الخطر المرتفع
	الخدمات الاستشارية حول السلوك الجنسي: - الوقاية من الأمراض المتنقلة عن طريق الاتصال الجنسي (STD): الامتناع (ab-stinence)، تجنب السلوكيات المعرضة للخطر، استخدام الواقي الذكري/الموانع الخاصة بالإناث التي تحتوي على مبيد النطاف (sper-micide). - الحمل غير المخطط: موانع الحمل (contraception). الخدمات الاستشارية حول التغذية والتمارين البدنية: - الحد من الدهون والكلسترول، المحافظة على توازن السعرات الحرارية، التركيز على الحبوب والفواكه والخضراوات. - تناول الكالسيوم(calcium) بكميات كافية (الإناث). - النشاط البدني المنتظم. الخدمات الاستشارية حول صحة الأسنان: - الزيارات المنتظمة لمقدمي الرعاية الخاصة بالأسنان. - خيوط تنظيف الأسنان (Floss) والتنظيف اليومي للأسنان باستخدام معجون الأسنان المحتوي على الفلورايد.	- لقاح الحماق أو الجديري (Varicella): لقاح الحصبة – النكاف – الحصبة الألمانية (MMR) للمعرضين للإصابة بالجديري، الحصبة والنكاف. - إجراء اختبار الكشف عن فيروس مرض نقص المناعة المكتسب (HIV) لمن خضعوا لعمليات نقل دم خلال الفترة ١٩٧٥م – ١٩٨٥م. - اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائي (أ)، اختبار تيوبركلين (PPD)؛ لقاح الأنفلونزا للأفراد المنومين في مرافق الرعاية الصحية والعاملين في مجال الرعاية الصحية/العاملين في المختبرات الطبية. - تجنب التعرض لأشعة الشمس الزائدة خلال فترة منتصف النهار، استخدام الملابس الواقية لمن يوجد في تاريخهم العائلي حالات من سرطان الجلد؛ وحمة أو شامة؛ وذوي البشرة والعيون والشعر الفاتح. - تناول ٤,٠ مليغرام من حامض الفوليك (folic acid) في حالة وجود حالات حمل سابقة نتج عنها مواليد مصابون بتشوهات في الحبل الشوكي. - جرعات يومية إضافية من الفلوريد في المناطق التي تعاني من نقص في تزويد

تابع – ملحق (٧–أ):

المجموعة العمرية مع الأسباب الرئيسية للوفاة	التدخلات الموجهة لجميع السكان	التدخلات الموجهة للفئات السكانية ذات الخطر المرتفع
	التحصينات: – جرعات السعال الديكى – الدفتيريا (Td) المنشطة (١١ – ١٦ سنة). – التهاب الكبد الوبائى (ب). – الحصبة – النكاف – الحصبة الألمانية (MMR) (١١ – ١٢ سنة). – الحماق أو الجديرى-Var-icella) (١١– ١٢ سنة). – الحصبة الألمانية (إناث > ١٢ سنة). المعالجة الوقائية الكيميائية (Chemoprophylaxis) – الفيتامينات المتعددة المحتوية على حامض الفوليك folic acid) (الإناث الراغبات/ القادرات على الإنجاب).	المياه بالفلورايد.
العمر: من ٢٥–٦٤ سنة الأسباب الرئيسية للوفاة: – الأورام الخبيثة. – أمراض القلب. – الإصابات المرتبطة بالسيارات وغيرها من الإصابات غير المتعمدة. – الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV). – الانتحار والقتل.	اختبارات الكشف عن المرض – ضغط الدم. – الطول والوزن. – اختبار مستوى الكلسترول الكلى فى الدم (total blood cholesterol) (الرجال فى الفئة العمرية ٣٥–٦٤ والنساء فى الفئة العمرية ٤٥–٦٤). – اختبار الكشف عن سرطان الرحم (Pap test) (النساء). – اختبار الكشف عن الدم غير الظاهر فى البراز-fecal oc) cult blood test) أو	– اختبار أر بى أر (RPR) /فى دى أر إل (VDRL)؛ اختبار الكشف عن السيلان (إناث)، المتدثرة أو الكلاميديا -chla) mydia) (إناث)؛ وإعطاء لقاح التهاب الكبد الوبائى (أ) لذوى السلوك الجنسى الأكثر عرضة للخطر. – اختبار أر بى أر (RPR) / فى دى أر إل (VDRL)، واختبار الكشف عن الإصابة بفيروس مرض نقص المناعة المكتسب (HIV)؛ وإعطاء لقاح التهاب

تابع - ملحق (٧-أ):

المجموعة العمرية مع الأسباب الرئيسية للوفاة	التدخلات الموجهة لجميع السكان	التدخلات الموجهة للفئات السكانية ذات الخطر المرتفع
	استخدام المنظار لفحص القولون (sigmoidoscopy) (> ٥٠ سنة) أو كلاهما. - اختبار الكشف الإشعاعي على الثديين أو تصوير الثدي (Mammogram) ± الفحص الإكلينيكي للثدي (النساء ٥٠-٦٩ سنة). - التقييم للكشف عن وجود مشكلة تعاطي الكحول. - دراسة مصل الدم لوجود أجسام مضادة للحصبة الألمانية أو البحث في التاريخ التحصيني ضد الحصبة الألمانية (النساء في سن الإنجاب). الخدمات الاستشارية حول إساءة استخدام العقاقير: - التوقف عن استخدام التبغ. - تجنب قيادة السيارة والسباحة وركوب القوارب، إلخ في أثناء الوقوع تحت تأثير الكحول/المخدرات. الخدمات الاستشارية حول التغذية والتمارين البدنية - الحد من الدهون والكسترول، المحافظة على توازن السعرات الحرارية، التركيز على الحبوب والفواكه والخضراوات. - تناول الكالسيوم (calcium) بكميات كافية (النساء).	الكبد الوبائي (أ)؛ اختبار تيوبركلين (PPD)؛ وتقديم النصح لخفض نسبة خطر الإصابة بين متعاطي المخدرات عن طريق الحقن. - اختبار تيوبركلين (PPD) لمخالطي مرضى الدرن (TB)، المدمنين على تعاطي الكحول، المهاجرين وذوي الدخول المنخفضة. -اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائي (أ)، اختبار تيوبركلين (PPD)، اللقاح ضد الالتهاب الرئوي-(pneumococcal vac-cine) للأمريكيين الأصليين/ سكان ولاية ألاسكا الأصليين. - اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائي (ب)؛ اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائي (أ) للمسافرين للدول النامية. - اختبار تيوبركلين (PPD)، اللقاح ضد الالتهاب الرئوي ولقاح الأنفلونزا لبعض الحالات الطبية المزمنة. - لقاح الحماق أو الجديري (Varicella)؛ لقاح الحصبة - النكاف - الحصبة الألمانية (MMR) للمعرضين للإصابة بالجديري، الحصبة والنكاف. - إجراء اختبار الكشف عن فيروس مرض نقص المناعة المكتسب (HIV)، اللقاح ضد

تابع – ملحق (٧–أ):

المجموعة العمرية مع الأسباب الرئيسية للوفاة	التدخلات الموجهة لجميع السكان	التدخلات الموجهة للفئات السكانية ذات الخطر المرتفع
	– النشاط البدنى المنتظم. الخدمات الاستشارية للوقاية من الإصابة: – أحزمة السلامة للحوض/الكتف. – واقيات الرأس الخاصة بالدراجات الهوائية/الدرجات النارية. – كاشف الدخان. – التخزين الأمن/التخلص من الأسلحة النارية. الخدمات الاستشارية حول السلوك الجنسى: – الوقاية من الأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسى (STD): تجنب السلوكيات المعرضة للخطر، استخدام الواقى الذكرى/الموانع الخاصة بالإناث التى تحتوى على مبيد النطاف (spermicide). – الحمل غير المخطط: موانع الحمل (contraception). الخدمات الاستشارية حول صحة الأسنان: – الزيارات المنتظمة لمقدمى الرعاية الخاصة بالأسنان. – خيوط تنظيف الأسنان(Floss) والتنظيف اليومى للأسنان	التهاب الكبد الوبائى (ب) لمن خضعوا لعمليات نقل دم خلال الفترة ١٩٧٥م – ١٩٨٥م. – اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائى (ب)؛ اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائى (أ)، اختبار تيوبركلين (PPD)، لقاح الأنفلونزا للأفراد المنومين فى مرافق الرعاية الصحية والعاملين فى مجال الرعاية الصحية/العاملين فى المختبرات الطبية. – تجنب التعرض لأشعة الشمس الزائدة/خلال فترة منتصف النهار، استخدام الملابس الواقية لمن يوجد فى تاريخهم العائلى حالات من سرطان الجلد؛ وحمة أو شامة؛ وذوى البشرة والعيون والشعر الفاتح. – تناول ٠,٤ مليغرام من حامض الفوليك (folic acid) فى حالة وجود حالات حمل سابقة نتج عنها مواليد مصابين بتشوهات فى الحبل الشوكى.

تابع - ملحق (٧-أ):

المجموعة العمرية مع الأسباب الرئيسية للوفاة	التدخلات الموجهة لجميع السكان	التدخلات الموجهة للفئات السكانية ذات الخطر المرتفع
	باستخدام معجون الأسنان المحتوى على الفلورايد. التحصينات: - جرعات السعال الديكى - الدفتيريا (Td) المنشطة. - الحصبة الألمانية (للنساء فى سن الإنجاب). المعالجة الوقائية الكيميائية (Chemoprophylaxis): - الفيتامينات المتعددة المحتوية على حامض الفوليك (folic acid) النساء الراغبات أو القادرات على الإنجاب). - مناقشة المعالجة الوقائية بالهرمونات (النساء حول وبعد سن اليأس).	
العمر: ٦٥ سنة وأكثر الأسباب الرئيسية للوفاة: - أمراض القلب. - الأورام الخبيثة (الرئة، القولون والمستقيم، الثدى). - أمراض أوعية المخ. - مرض انسداد الرئة المزمن. - الالتهاب الرئوى والأنفلونزا.	اختبارات الكشف عن المرض - ضغط الدم. - الطول والوزن. - اختبار الكشف عن الدم غير الظاهر فى البراز (fecal occult blood test) و/أو استخدام المنظار لفحص القولون (sigmoidoscopy). - اختبار الكشف الإشعاعى على الثديين أو تصوير الثدى (Mammogram) ± الفحص الإكلينيكى للثدى (النساء < ٧٠ سنة). - اختبار الكشف عن سرطان الرحم (Pap test) (النساء).	- اختبار تيوبركلين (PPD)، اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائى (أ)، الأمنتدين (amanatadine) / الريمنتدين (rimantadine) للأفراد المنومين فى مرافق الرعاية الصحية. - اختبار تيوبركلين(PPD) للحالات الطبية المزمنة، المخالطى مرضى الدرن (TB)، ذوى الدخول المنخفضة، المهاجرين، والمدمنين على تعاطى الكحول. - الوقاية من حوادث السقوط للأفراد الذين تزيد أعمارهم

تابع – ملحق (٧–أ):

المجموعة العمرية مع الأسباب الرئيسية للوفاة	التدخلات الموجهة لجميع السكان	التدخلات الموجهة للفئات السكانية ذات الخطر المرتفع
	– الكشف على النظر. – التقييم للكشف عن إعاقة حاسة السمع. – التقييم للكشف عن وجود مشكلة تعاطى الكحول. الخدمات الاستشارية حول إساءة استخدام العقاقير: – التوقف عن استخدام التبغ. – تجنب قيادة السيارة والسباحة وركوب القوارب ... إلخ فى أثناء الوقوع تحت تأثير الكحول/المخدرات. الخدمات الاستشارية حول التغذية وتمارين اللياقة البدنية – الحد من الدهون والكلسترول، المحافظة على توازن السعرات الحرارية، التركيز على الحبوب والفواكه والخضراوات. – تناول الكالسيوم (calcium) بكميات كافية (النساء). – النشاط البدنى المنتظم. الخدمات الاستشارية للوقاية من الإصابة: – أحزمة السلامة للحوض/الكتف. – واقيات الرأس الخاصة بالدراجات الهوائية/الدرجات النارية. – الوقاية من حوادث السقوط. – التخزين الأمن/التخلص من الأسلحة النارية.	عن ٧٥ سنة، أو الذين تزيد أعمارهم عن ٧٠ سنة وتتوافر لديهم عوامل منشئة لخطر السقوط. – الأخذ فى الاعتبار إجراء الكشف عن ارتفاع مستوى الكلسترول فى الدم لمن تتوافر لديهم العوامل المنشئة لخطر الإصابة بأمراض أوعية القلب. – تجنب التعرض لأشعة الشمس الزائدة خلال فترة منتصف النهار، استخدام الملابس الواقية لمن يوجد فى تاريخهم العائلى حالات من سرطان الجلد، وحمة أو شامة، وذوى البشرة والعيون والشعر الفاتح. – اختبار تيوبركلين (PPD)؛ اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائى (أ) للأمريكيين الأصليين/ سكان ولاية ألاسكا الأصليين. – اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائى (أ)، اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائى (ب) للمسافرين للدول النامية. – إجراء اختبار الكشف عن فيروس مرض نقص المناعة المكتسب (HIV)، اللقاح ضد التهاب الكبد الوبائى (ب) للمستفيدين من عمليات نقل الدم ومشتقاته.

تابع – ملحق (٧–أ):

المجموعة العمرية مع الأسباب الرئيسية للوفاة	التدخلات الموجهة لجميع السكان	التدخلات الموجهة للفئات السكانية ذات الخطر المرتفع
	– كاشف الدخان. – تثبيت درجة حرارة سخانات الماء عند ‹١٢٠–١٣٠ فهرنهايت. – تدريب الأفراد المقيمين فى المنزل على إجراء التنفس الصناعى (CPR). الخدمات الاستشارية حول صحة الأسنان: – الزيارات المنتظمة لمقدمى الرعاية الخاصة بالأسنان. – خيوط تنظيف الأسنان (Floss) والتنظيف اليومى للأسنان باستخدام معجون الأسنان المحتوى على الفلورايد. الخدمات الاستشارية حول السلوك الجنسى: – الوقاية من الأمراض المنتقلة عن طريق الاتصال الجنسى (STD): تجنب السلوكيات الجنسية المعرضة للخطر، استخدام الواقى الذكرى. التحصينات: – لقاح الالتهاب الرئوى. – الأنفلونزا. – جرعات السعال الديكى – الدفتيريا (Td) المنشطة. المعالجة الوقائية الكيميائية (Chemoprophylaxis): – مناقشة المعالجة الوقائية بالهرمونات (النساء حول سن اليأس وبعده).	– لقاح التهاب الكبد الوبائى (أ)، اختبار الكشف عن الإصابة بفيروس مرض نقص المناعة المكتسب (HIV)، لقاح التهاب الكبد الوبائى (ب)، اختبار آر بى آر (RPR)/ فى دى آر إل (VDRL) لذوى السلوك الجنسى الأكثر عرضة للخطر. – اختبار تيوبركلين (PPD)؛ لقاح التهاب الكبد الوبائى (أ)، اختبار الكشف عن الإصابة بفيروس مرض نقص المناعة المكتسب (HIV)، لقاح التهاب الكبد الوبائى (ب)، اختبار آر بى آر (RPR)/ فى دى آر إل (VDRL)، وتقديم النصح لخفض نسبة خطر الإصابة بين متعاطى المخدرات عن طريق الحقن. – اختبار تيوبركلين (PPD)، لقاح التهاب الكبد الوبائى (أ)، الأمنتدين (amanatadine) / الريمنتدين (rimantadine)، لقاح التهاب الكبد الوبائى (ب) للعاملين فى مجال الرعاية الصحية/المختبرات الطبية. – لقاح الحماق أو الجديرى (Varicella) للمعرضين للإصابة بالجديرى.

المصدر أعيد طباعته من:

The U.S. Preventive Services Task Force, 1996.

الفصل الثامن

التحديات المستقبلية للصحة العامة فى أمريكا

يتناول هذا الكتاب الصحة العامة من خلال إطار مفاهيمي موحد ويجيب عن ماهية الصحة العامة وكيفية عملها. كما يستعرض الأبعاد الرئيسية للصحة العامة والتى تشمل غرضها ووظائفها وإمكانيتها وعملياتها ونتائجها. وعلى الرغم من سهولة هذا الإطار فإن العديد من المفاهيم التى عالجها يمكن أن تتصف بأى شىء إلا السهولة. وبالتالى فإن الكثير مما يمكن قوله لم يُقَل، كما أنه قد تم التعرض للكثير من القضايا والمشاكل التى تواجه نظام الصحة العامة بشكل سطحى فقط. وربما يؤدى ذلك إلى فتح شهية أولئك المتحمسين لتجاوز الأساسيات ولديهم الاستعداد لمناقشة القضايا الناشئة والأكثر تعقيداً بعمق أكبر. وتسعى المفاهيم الأساسية التى ضمنت فى هذا الكتاب إلى تسهيل تلك العملية والحث على التفكير "خارج الكتاب". حيث إن الغوص فى تلك القضايا الأخرى بدون الاستفادة من فهم واسع للنظام والكيفية التى يعمل بها، ربما يكون خطراً مهنياً فى أى حقل من الحقول. وبالنسبة للمهنيين فى الصحة العامة، يظل الصراع مع التماسيح فى كل يوم من أيام العمل بمنزلة العائق الرئيسى لتجفيف المستنقع للوقاية من المشكلة فى المقام الأول.

ويلقى كل فصل من فصول الكتاب الضوء على واحد أو أكثر من إنجازات الصحة العامة فى القرن العشرين التى تروى قصة ما كنا فيه وكيف وصلنا إلى ما نحن عليه اليوم. وتوضح تلك القصص مجتمعة أن المشاكل التى تواجه الصحة العامة قد تغيرت عبر القرن الماضى ومن المتوقع أن تستمر فى التغير خلال القرن الحالى. وبالنظر إلى الماضى والتأمل فيه، تبدو العديد من المشاكل السابقة سهلة الحل نسبياً مقارنة بالمشاكل الموضوعة على جدول أعمال الصحة العامة فى بداية القرن الحادى والعشرين. ولكن دائماً ما ننسى أن مشاكل العصر الماضى بدت مخيفة جداً لأنصار الصحة العامة فى عام ١٩٠٠م. وعلى الرغم من كونها مخيفة إلا أنها كانت غير مقبولة أيضاً مستهلة بذلك سلسلة الأحداث التى نتجت عن قائمة رائعة من المنجزات. وقد كان لكل إنجاز منها دروس قيمة وتصورات نحو التحديات المستقبلية يمكن أن يستفاد منها لتحقيق إنجازات أخرى. وتوجد هذه التحديات على العديد من المستويات، وخاصة على مستوى ممارسة الصحة العامة فى التجمعات السكانية. وسوف يتعرض الحديث فى هذا الفصل مرة أخرى للمفاهيم والإستراتيجيات والأدوات الخاصة بممارسة الصحة العامة فى التجمعات السكانية التى نوقشت فى الفصول اللاحقة للتعرف على قدرتها لمواجهة تحديات القرن الحادى والعشرين. وسوف يتم التطرق فى هذا الفصل إلى ثلاثة أسئلة رئيسية هى:

- ما التحديات التى تواجه الصحة العامة وهى تخطو للدخول فى القرن الحادى والعشرين؟
- أين وكيف سيتم مواجهة تلك التحديات؟
- هل ستنجح الصحة العامة فى مواجهة تلك التحديات؟

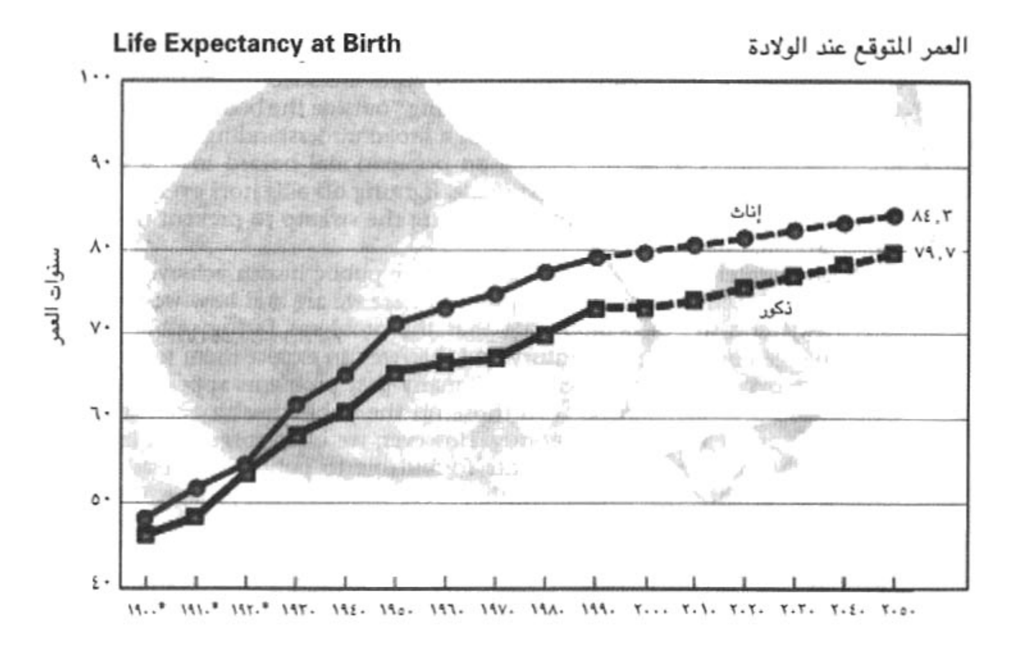
الدروس المستفادة من قرن من التقدم فى الصحة العامة:

لم تتمكن الإنجازات الرائعة التى تحققت للصحة العامة فى القرن العشرين من القضاء الكلى على جميع مشاكل الصحة العامة التى واجهتها فى عام ١٩٠٠م. حيث مازالت تلك المشاكل تهدد صحة الأمريكيين وتعوق التقدم نحو بلوغ المدى العمرى للتوقعات الموضحة فى شكل (٨-١). فقد ظهرت وجوه جديدة لأعداء قدماء لتشكل تحديات وفرصاً لمعالجتها فى العقود الأولى من القرن الحادى والعشرين، حيث لا تزال الأمراض المعدية والتبغ ووفيات الأمهات والرضع والإصابات الناجمة عن المركبات وأمراض أوعية القلب وسلامة الغذاء والصحة المهنية على قائمة التهديدات الرئيسية لصحة الناس. ويمثل كل واحد منها تحدياً خاصاً.

بالنسبة للأمراض المعدية، تشمل التحديات ظهور أمراض معدية جديدة وعودة ظهور أمراض قديمة، غالباً فى أشكال مقاومة للأدوية. حيث ظهرت الإصابات بسبب الأشريشيا كولاى (Escherichia coli (E. coli) O157:H7) كخطر متكرر ومخيف للناس. فبعد تحديده بوصفه سبباً للحالات النزفية (hemorrhagic conditions) فى بداية الثمانينيات الميلادية، أصبح هذا الكائن المرض يرتبط على نحو متزايد بحالات تفشى المرض المنتقل عن طريق الغذاء فى التسعينيات الميلادية والذى اشتمل على تفشٍ رئيسى للمرض فى الشمال الغربى للمحيط الهادى (Pacific Northwest) مرتبط بتلوث الهامبرجر بالأشريشيا كولاى الذى يتم توزيعه من خلال سلسلة مطاعم وطنية للأغذية السريعة[1]. وكان مصدر الأشريشيا كولاى هو لحوم الأبقار. وشملت حالات تفشٍ أخرى لهذا الكائن المرض السباحين فى مياه بحيرة لوثها أشخاص مصابون بهذا المرض (شكل ٢-٨). ولأن العديد من الحالات المرضية تعتبر غير خطيرة وبسبب إخفاق المارسين فى كل من الطب والصحة العامة فى إجراء الاختبارات الضرورية لتشخيص الإصابة بالأشريشيا كولاى بشكل صحيح، تعانى جهود المراقبة الحالية قصوراً فى التبليغ عن مدى انتشار هذا المرض.

شكل (٨-١)

التقديرات الماضية والمستقبلية للعمر المتوقع عند الولادة للإناث والذكور، الولايات المتحدة، ١٩٠٠-٢٠٥٠م



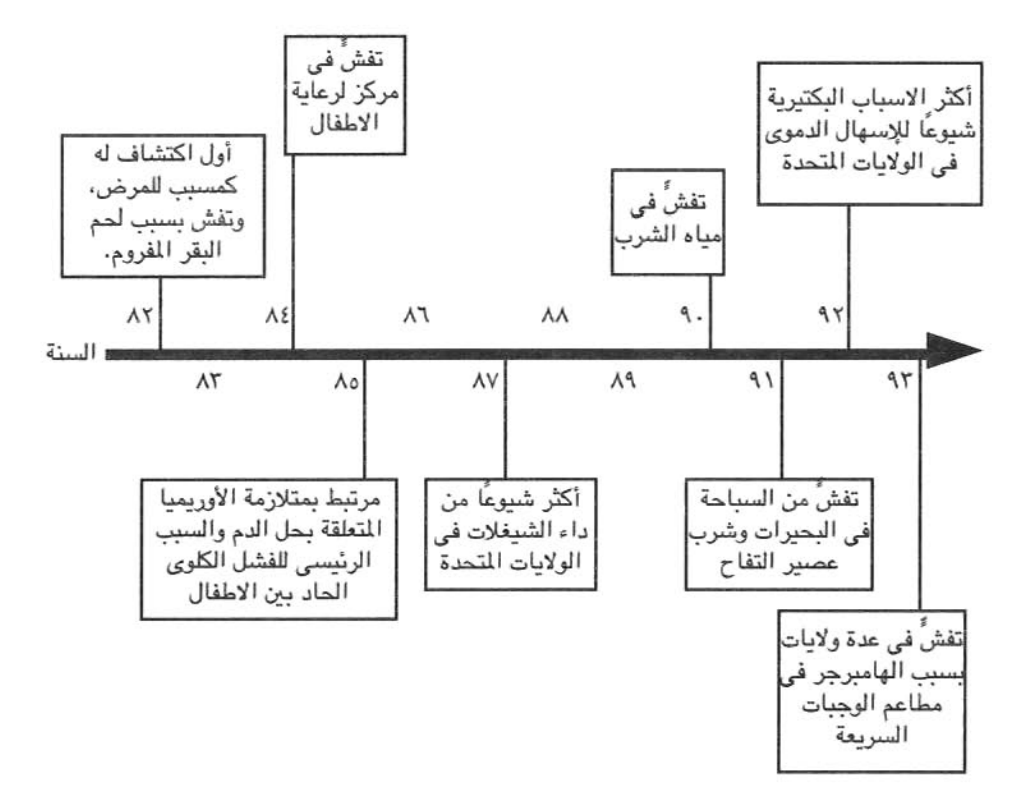
المصدر أعيد طباعته من:

Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

وتمثل الكائنات المسببة للمرض التى تقاوم عدداً من الأدوية (multidrug-resistant pathogens) مشكلة أخرى من الأمراض المعدية الناشئة تواجه نظام الصحة العامة. وينتج عن استخدام المضادات الحيوية على نطاق واسع، وفى بعض الأحيان، الاستخدام غير المقيد فى المجالات الزراعية وفى مراكز الرعاية الصحية، أصناف من البكتيريا المقاومة لتلك الأدوية.

شكل (٨-٢)

ظهور تهديد للصحة العامة: الإطار الزمنى للإصابة بالأشريشيا كولاى



المصدر أعيد طباعته من:

Addressing Emerging Infectious Disease Threats: A Prevention Strategy for the United States, 1994, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA.

وقد توافرت مضادات الميكروبات بشكل متزايد خلال النصف الثانى من القرن العشرين. وخلال هذه الفترة، وعلى نحو بطيء، ظهرت آثار تلك "الأدوية العجيبة" فى التجمعات السكانية والمرافق الصحية. ولكن ظهور المصادر المقاومة للأدوية قلل من فعالية علاج العديد من الأمراض المعدية الشائعة، والتى تشمل الدرن والسيلان والإصابة بالمكورات الرئوية وإصابات المكورات العنقودية والمكورات المعوية الحادثة فى أثناء التنويم أو العمل فى المستشفيات. وبالنسبة للدرن، لعبت المقاومة للأدوية دوراً مهماً فى استعادته لنشاطه وقوته فى أوائل التسعينيات الميلادية.

ويتخلل القلق المتزايد حول خطر أفعال الإرهاب البيولوجى (bioterroism) فى جسم المجتمع الحديث. فى عام ١٩٩٩م، وللمرة الأولى، منحت مراكز السيطرة والوقاية من المرض أكثر من ٤٠ مليون دولار أمريكى للولايات والمدن لتعزيز قدرة المعامل والاتصالات الإلكترونية للاستعداد لمواجهة الإرهاب البيولوجى. كما أنفقت مراكز السيطرة والوقاية من المرض ٣٢ مليون دولار أمريكى أخرى لإنشاء مخزون دوائى قومى لضمان توافر التحصينات والعلاجات الواقية والمضادات الحيوية الكيميائية والتموينات الطبية والمعدات اللازمة لدعم الاستجابة الطبية لحادث إرهابى بيولوجى أو كيميائى[٢].

كما أن دور الأمراض المعدية فى نشوء الأمراض المزمنة مثل داء السكرى وأمراض القلب والسرطانات يدعم وجهة النظر القائلة بأن الأمراض المعدية سوف تستمر كأخطار صحية مهمة فى القرن الجديد. ولمحاربة الأمراض المعدية، يوجد هناك حاجة إلى تطوير ونشر طرق جديدة فى كل من علوم المختبرات والأوبئة بهدف التوصل إلى فهم أفضل للتفاعلات بين العوامل البيئية كمساهم فى نشوء وإعادة نشوء عمليات الأمراض المعدية. إضافة إلى ذلك، وعلى الرغم من النجاحات المتحققة فى مجال تطوير واستخدام اللقاحات عبر القرن الماضى، إلا أنه لا تزال هناك فجوات كبيرة فى البنية التحتية لنظام توزيع التحصينات والتى تشمل أولياء الأمور ومقدمى الخدمات الصحية وتكنولوجيا المعلومات وشركات التكنولوجيا الحيوية والأدوية. ويحمل تحسين التنسيق بين هذه العناصر الأمل فى خفض وطأة الأمراض المعدية فى القرن الحادى والعشرين.

كما أن المنافع المحتملة التى يمكن تحقيقها عن طريق خفض أكبر فى استخدام التبغ تبدو ظاهرة أيضاً. فعلى الرغم من الانخفاض العام فى استخدام التبغ بين البالغين عبر النصف الثانى من القرن العشرين، إلا أن نسبة انتشار استخدام التبغ العالية بين المراهقين لاتزال قائمة، كما أن معدلات استخدام التبغ بين البالغين لم تعد تتناقص كما

كانت قبل عام ١٩٨٠م. وتقترح هذه الاتجاهات أن القلق حول الأخطار المرتبطة بالتعرض لدخان التبغ فى البيئة سوف يستمر لعدة سنوات قادمة. ويضيف التفاوت فى استخدام التبغ حسب الأصل والعرق، مجتمعًا مع النمو فى المجموعات السكانية ذات معدلات الاستخدام العالية، بعداً آخر للحرب ضد التبغ. وسوف تخلق الأساليب والمنتجات الجديدة قضايا جديدة متعلقة بالسلامة فى حين ستؤدى الزيادة فى استخدام التبغ عبر الكرة الأرضية إلى نقل التحديات القديمة والجديدة حول العالم.

وحتى مع التحسن الدراماتيكى الذى طرأ على نتائج صحة الأمومة والطفولة، كان هناك تغير ضئيل فى المحددات الرئيسية للنتائج المتعلقة بالحمل والولادة – معدل المواليد ذوى الأوزان المنخفضة والولادة قبل اكتمال فترة الحمل. ويجب معالجة هذا الوضع حتى يمكن بلوغ ولو جزءًا من التحسن فى الصحة الذى تحقق فى القرن العشرين. ومن العوامل المهمة المنشئة للخطر الذى يسير فى الاتجاه الخاطئ هو معدل حالات الحمل غير المقصودة (unintended pregnanacies). وتتطلب هذه التحديات مجتمعة فهمًا أفضل للعوامل البيولوجية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية والبيئية التى تؤثر فى نتائج صحة الأمومة والطفولة وفى فعالية إستراتيجيات التدخل المصممة لمعالجة تلك العوامل السببية.

كما كشفت المكاسب الرائعة التى تحققت فى خفض إصابات المركبات النقاب عن فجوات فى فهمنا للوقاية الشاملة. وتستشعر التحديات التى تشمل توسع المراقبة لمتابعة الإصابات غير القاتلة مشاكل جديدة إضافة إلى أنها تضع أولويات. كما أن التوسع فى الأبحاث فى المشاكل الناشئة وأولوياتها وفى فعالية التدخلات مطلوب أيضًا إضافة إلى الحاجة إلى علاقات تعاون وشراكه أكثر فعالية بين الهيئات والمؤسسات. كما أن الإصابات للمشاة والإصابات من المركبات غير السيارات سوف تضع تحديات للصحة العامة فى القرن الحادى والعشرين. إضافة إلى أن تأثيرات السن وتعاطى الكحول واستخدام أحزمة السلامة والتدخلات التى تستهدف هذه الأخطار سوف تتطلب عناية لمواصلة التقدم فى الحرب ضد إصابات المركبات.

كما أن مجتمعًا يتقدم فى العمر ومهدداً بشكل أقل من الأمراض المعدية والإصابة سوف يضع أناسًا أكثر تحت وطأة اعتلال الصحة المرتبط بأمراض أوعية القلب. وهذا مما يتطلب زيادة الاهتمام بالأبحاث لفهم المحددات الاجتماعية والنفسية والبيئية والفسيولوجية والجينية المختلفة لأمراض أوعية القلب فى القرن الجديد. ويمثل خفض التفاوت الموجود فيما يتعلق بعبء المرض وشيوع العوامل المنشئة للخطر والقدرة على

الوصول إلى الفئات السكانية الأكثر عرضة للخطر تحدياً آخر هائلاً. كما أن تحديد العوامل الجديدة المنشئة للخطر والطارئة وعلاقاتها، التى تشمل العوامل الجينية والعوامل المرتبطة بالأمراض المعدية، سوف يكون ضرورياً فى كل من الأقطار المتقدمة وتلك التى فى طور النمو فى العالم.

وقد خطا فهمنا لسلامة الغذاء والتغذية خطوات كبيرة في سنوات القرن العشرين، ولكننا سوف نحتاج إلى التعامل مع كل من الأخطار الجديدة والقديمة فى القرن الجديد. ويستمر نقص صفائح الحديد (iron foliate) ويظل العديد من الفوائد المرتبطة بالرضاعة الطبيعية دون الاستفادة منها على النحو المطلوب. ويعد ظهور البدانة بوصفها حالةً شائعة على نحو متزايد بين السكان أحد التطورات المرعبة فى أواخر القرن العشرين. وتشمل التحديات المستعصية تطبيق المعلومات الجديدة عن التغذية وأنماط الغذاء والسلوك الذى يعزز الصحة ويقلل من خطر الأمراض المزمنة.

وتعتبر أماكن العمل أكثر أمناً من أى وقت مضى ولكن تبقى التحديات على هذه الجبهة قائمة أيضًا. حيث تظل الرقابة المحسنة على الإصابات والأمراض المرتبطة بالعمل والأساليب الأفضل فى إجراء التحريات الميدانية فى الوظائف والصناعات ذات الخطر المرتفع بمنزلة تحديات هائلة. ويمثل تطبيق طرق جديدة فى تقدير الخطر لتحسين تقييم مستويات التعرض للإصابة ونتائج التدخل بالإضافة إلى تحسين الأبحاث فى مجال فعالية التدخلات وأساليب الرقابة وتنظيم العمل تحديات إضافية لممارسة الصحة العامة فى القرن الحادى والعشرين.

ويعتبر الانخفاض الدراماتيكى فى تسوس الأسنان بسبب إضافة مركب الفلورايد إلى مياه الشرب أحد إنجازات الصحة العامة فى القرن العشرين الأكثر غفلة عنها (انظر "**إنجازات الصحة العامة، ١٩٠٠-١٩٩٩م: إضافة مركب الفلورايد إلى مياه الشرب للوقاية من تسوس الأسنان**"[٢] لاحقًا). وما يثير الدهشة هو أن هذه التطورات فى صحة الأسنان قد أسهمت فى الاعتقاد بأن تسوس الأسنان لم يعد يمثل مشكلة مهمة للصحة العامة وأن عملية إضافة مركب الفلورايد إلى مياه الشرب لم تعد ضرورية. ومن المرجح أنه يجب خوض هذه المعارك فى الأروقة السياسية وليس فى الأروقة العلمية مشكلة بذلك تحدياً رئيسياً للصحة العامة فى القرن الحادى والعشرين.

مثال:

إنجازات الصحة العامة، ١٩٠٠-١٩٩٩م:
إضافة مركب الفلورايد إلى مياه الشرب للوقاية من تسوس الأسنان

فى بداية القرن العشرين كان تسوس الأسنان الشامل شائعًا فى الولايات المتحدة وفى معظم الدول المتقدمة. ولم يكن هناك إجراء فعال للوقاية من هذا المرض وكان خلع الأسنان هو أكثر العلاجات استخدامًا. وكان الفشل فى تلبية الحد الأدنى بوجود ست أسنان متقابلة هو السبب الرئيس لرفض المتقدمين للالتحاق بالخدمة العسكرية فى الحربين العالميتين. وقد قام علماء الأوبئة الأوائل المتخصصون فى أمراض الفم بتطوير مؤشر (index) لقياس انتشار تسوس الأسنان باستخدام عدد الأسنان المسوسة أو المفقودة أو المحشوة (number of decayed, missing, or filled teeth (DMFT)) أو أسطح الأسنان المسوسة أو المفقودة أو المحشوة (decayed, missing, or filled tooth surfaces (DMFS)) بدلاً من مجرد وجود تسوس الأسنان، ويرجع السبب جزئيًا إلى أن جميع الأفراد تقريبًا فى معظم الفئات العمرية فى الولايات المتحدة توجد لديهم علامات المرض. وقد سمح استخدام مؤشر عدد الأسنان المسوسة أو المفقودة أو المحشوة فى المسوحات الوبائية عبر الولايات المتحدة فى الثلاثينيات والأربعينيات الميلادية بالتمييز الكمى فى تجربة تسوس الأسنان بين المجتمعات - وهو ابتكار أثبت أهميته فى تحديد عامل وقائى وتقييم آثاره.

وبعد فترة وجيزة من إنشاء عيادة الأسنان الخاصة به فى مدينة كولورادو سبرنجس فى ولاية كلورادو (Colorado Springs, Colorado) فى عام ١٩٠١م، لاحظ دكتور فريدريك إس مكاى (Dr. Frederick S. McKay) وجود بقعة دائمة غير عادية أو "ميناء الأسنان المبقع" (mottled enamel)، أطلق عليه سكان المنطقة بقعة كولورادو البُنِّية (Colorado brown stain)، على أسنان العديد من مرضاه. وبعد سنوات من إجراء التحريات الشخصية، خلص مكاى إلى أن هناك عاملاً فى شبكة المياه العامة هو المسئول فى الغالب عن مينا الأسنان المبقع. كما لاحظ مكاى أيضًا أن الأسنان المصابة بهذه الحالة تبدو أقل عرضة لتسوس الأسنان. فى عام ١٩٣٠م، استخدم كيميائى يعمل فى شركة أمريكا للألنيوم (Aluminum Company of America)، وهى شركة تعمل فى صناعة الألمنيوم كان لديها مناجم صخور لاستخراج الألمنيوم فى المدينة، طريقة متوافرة حديثًا للتحليل برسم الطيف والتى حدد من خلالها وجود تركيز عالٍ للفلورايد (١٣,٧ جزءًا لكل مليون [ppm]) فى مياه بئر مهجورة. وغالبًا يوجد الفلورايد، الأيون لعنصر الفلورين، فى التربة والمياه ولكن بصفة عامة بتركيز منخفض جدًا (أقل من ١,٠ [ppm]). وبعد سماعه بطريقة التحليل الجديدة، أرسل مكاى عينات إلى تشرش هيل (Churchill) من المناطق التى كان فيها مينا الأسنان المبقع منتشرًا على نحو وبائى، وقد احتوت تلك العينات على مستويات عالية من الفلورايد (٢,٠-١٢,٠ [ppm]).

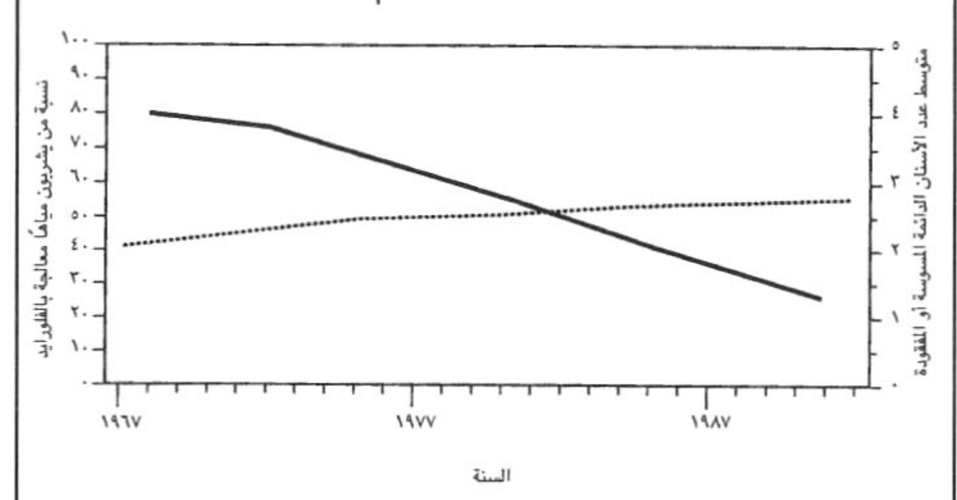
و قد دفعت فعالية إضافة الفلورايد إلى مياه المجتمع فى الوقاية من تسوس الأسنان إلى سرعة تبنى إجراء الصحة العامة هذا فى جميع مدن الولايات المتحدة. ونتيجة لذلك، انخفض تسوس الأسنان على نحو سريع خلال النصف الثانى من القرن العشرين. على سبيل المثال، انخفض

تابع – مثال:

متوسط الأسنان المسوسة أو المفقودة أو المحشوة بين الأفراد الذين تبلغ أعمارهم ١٢ سنة فى الولايات المتحدة بنسبة ٦٨٪، من ٤,٠ خلال الفترة ١٩٦٦-١٩٧٠م إلى ١,٣ خلال الفترة ١٩٨٨-١٩٩٤م (شكل ٨-٣). وقد صادق اتحاد أطباء الأسنان الأمريكيين (American Dental Association) واتحاد الأطباء الأمريكيين (American Medical Association) ومنظمة الصحة العالمية (World Health Organization) وغيرها من المنظمات المهنية والعلمية بسرعة على إضافة مركب الفلورايد للمياه. وقادت المعرفة حول منافع إضافة الفلورايد للمياه إلى تطوير أساليب أخرى لنشر الفلورايد مثل معجون الأسنان والجل وغسيل الفم والحبوب والقطرة. وتقوم العديد من الدول فى أوربا وأمريكا اللاتينية بإضافة الفلورايد إلى ملح الطعام.

شكل (٨-٣)

نسبة السكان المقيمين فى مناطق يتوافر بها أنظمة لإضافة الفلورايد للمياه ومتوسط عدد الأسنان الدائمة المسوسة أو المفقودة (بسبب التسوس) أو المحشوة بين الأطفال فى عمر ١٢ سنة، الولايات المتحدة، ١٩٦٧-١٩٩٢ م



المصدر أعيد طباعته من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Fluoridation of Drinking Water to Prevent Dental Caries, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 41, pp. 933-940, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

تابع – مثال:

وقد أشارت الدراسات المبكرة إلى أن انخفاض التسوس العائد إلى إضافة الفلورايد للمياه يتراوح من ٥٠٪ إلى ٧٠٪، ولكن فى منتصف الثمانينيات الميلادية كان متوسط درجات أسطح الأسنان المسوسة أو المفقودة أو المحشوة فى الأسنان الدائمة للأطفال الذين يعيشون فى مجتمعات يضاف الفلورايد إلى مياهها أقل بنسبة ١٨٪ فقط من أولئك الأطفال الذين يعيشون فى مجتمعات لا يضاف الفلورايد إلى مياهها. ووجدت مراجعة للدراسات حول فعالية إضافة الفلورايد للمياه أجريت فى الولايات المتحدة خلال الفترة ١٩٧٩-١٩٨٩م أن نسبة الانخفاض فى التسوس كانت ٨-٣٧٪ بين المراهقين (المتوسط: ٢٦.٥٪).

ومنذ الأيام الأولى من إضافة الفلورايد للمياه فى المجتمعات ، انخفض معدل انتشار تسوس الأسنان فى كل من المجتمعات التى يضاف إلى مياهها الفلورايد وتلك التى لا تتم إضافة الفلورايد لمياهها فى الولايات المتحدة. ويعود السبب فى ذلك إلى انتشار المياه المضاف إليها الفلورايد فى المناطق التى لا يضاف الفلورايد لمياهها من خلال المياه المعبأة وإنتاج الأغذية والمشروبات فى المناطق التى يضاف الفلورايد إلى مياهها والتى يشيع فيها استخدام معجون الأسنان الذى يحتوى على الفلورايد. ويعتبر معجون الأسنان الذى يحتوى على الفلوريد ذا فعالية فى الوقاية من تسوس الأسنان ولكن فعاليته تعتمد على تكرار استخدامه من قبل الأفراد أو من يقومون بتقديم الرعاية لهم. وعلى العكس، فإن المياه المحتوية على الفلورايد تصل إلى جميع المقيمين فى المجتمع وبصفة عامة فهى لا تعتمد على السلوك الفردى.

وعلى الرغم من أن الدراسات الأولية قد ركزت فى الغالب على الأطفال، إلا أن إضافة الفلورايد للمياه يعتبر فعالاً أيضًا فى الوقاية من تسوس الأسنان بين البالغين. حيث يؤدى الفلورايد إلى خفض تسوس مينا الأسنان فى البالغين بنسبة ٢٠-٤٠٪ ويقى من تسوس سطوح الجذر المكشوف فى الأسنان، وهى حالة تصيب البالغين الكبار على وجه التحديد.

وتعتبر عملية إضافة الفلورايد للمياه مفيدة وخاصة فى المجتمعات ذات المستوى الاقتصادى-الاجتماعى المنخفض. حيث تعانى هذه المجتمعات مشكلة تسوس الأسنان بشكل أكبر وبقدرة أقل من المجتمعات ذات الدخول المرتفعة فى الحصول على خدمات رعاية الأسنان وغيرها من مصادر الفلورايد. وربما يساعد إضافة الفلورايد إلى المياه فى خفض مثل هذا التفاوت فى صحة الأسنان.

بنهاية عام ١٩٩٢م، اعتمدت إضافة الفلورايد للمياه فى ١٠,٥٦٧ نظام للمياه العامة يستفيد منها ١٣٥ مليون نسمة يعيشون فى ٨,٥٧٣ تجمع سكانى فى الولايات المتحدة. وتستخدم حوالى ٧٠٪ من جميع المدن فى الولايات المتحدة والذى يزيد تعداد سكانها عن أو يساوى ١٠٠,٠٠٠ نسمة أسلوب إضافة الفلورايد للمياه. إضافة إلى ذلك، يحتوى ٣,٧٨٤ نظام للمياه العامة يستفيد منها ١٠ مليون نسمة فى ١,٩٢٤ تجمع سكانى على مستويات طبيعية من الفلورايد تزيد أو تعادل ٠,٧ ppm. وفى المجموع، تصل المياه المحتوية على الفلورايد إلى ١٤٤ مليون نسمة فى الولايات المتحدة

تابع - مثال:

(٥٦٪ من مجموع السكان) فى عام ١٩٩٢م، ويتم خدمة ٦٢٪ منهم بواسطة أنظمة شبكة المياه العامة. ولكن هناك حوالى ٤٢,٠٠٠ نظام للمياه العامة و١٥٣ مدينة فى الولايات المتحدة والتى يزيد تعداد سكانها عن أو يساوى ٥٠,٠٠٠ نسمة لم تقم باعتماد إضافة الفلورايد إلى شبكاتها المائية.

وتتراوح تكاليف إضافة الفلورايد للمياه من متوسط يصل إلى ١٣ سنتًا لكل فرد فى السنة فى التجمعات السكانية فى الولايات المتحدة والتى يزيد تعداد سكانها عن ٥٠٠,٠٠٠ نسمة إلى متوسط يصل إلى ٢,١٢ دولار أمريكى للفرد الواحد فى التجمعات السكانية التى يقل تعداد سكانها عن ١٠,٠٠٠ نسمة (قياسًا على قيمة الدولار فى عام ١٩٨٨م). وبالمقارنة بالأساليب الأخرى المستخدمة فى التجمعات السكانية للوقاية من تسوس الأسنان، يعتبر أسلوب إضافة الفلورايد للمياه أكثرها فعالية من ناحية التكلفة لأغلب المناطق فى الولايات المتحدة بالنظر إلى تكلفة كل سطح سن تتم وقايته من التسوس.

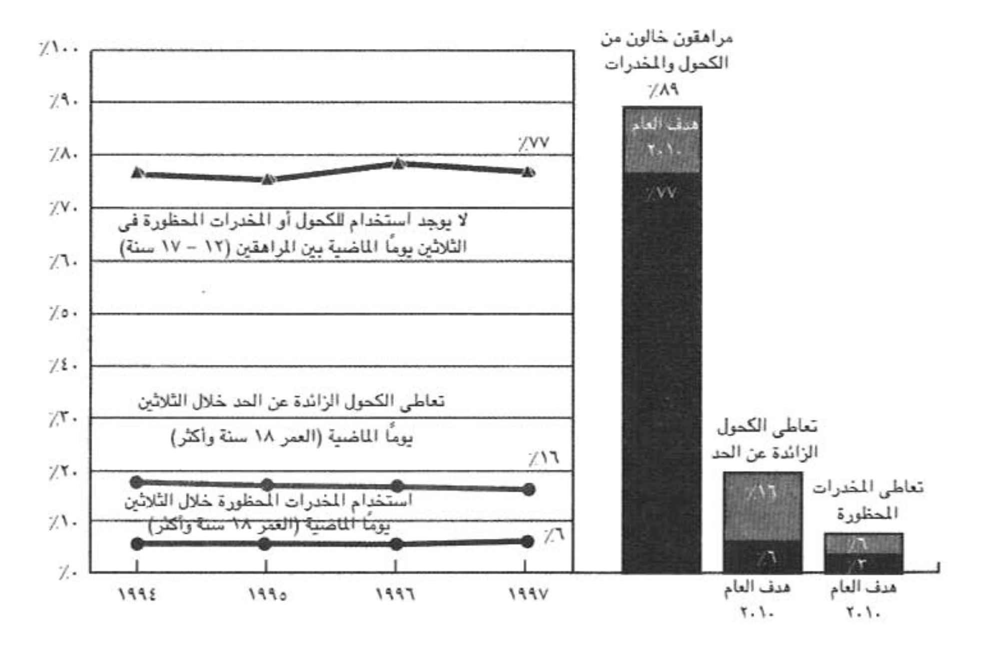
ويؤدى إضافة الفلورايد للمياه إلى خفض النفقات المباشرة للرعاية الصحية عن طريق الوقاية الأولية لتسوس الأسنان وتفادى الرعاية الرامية لاستعادة الصحة. وربما يتراوح التوفير الناتج عن عام كامل من إضافة الفلورايد للمياه للفرد الواحد من مبالغ ضئيلة فى التجمعات السكانية الصغيرة جدًا ذات معدلات الإصابة المنخفضة بتسوس الأسنان إلى ٥٣ دولارًا أمريكيًا فى التجمعات السكانية الكبيرة ذات معدلات الإصابة العالية بالمرض. وقدر أحد التحاليل الاقتصادية أن الوقاية من تسوس الأسنان، والعائدة بنسبة كبيرة إلى إضافة الفلورايد للمياه وإلى المنتجات المحتوية على مركب الفلورايد، قد نتج عنها وفر فى نفقات رعاية الأسنان فى الولايات المتحدة خلال الفترة ١٩٧٩-١٩٨٩م بلغ ٣٩ بليون دولار أمريكى (قياسًا على قيمة الدولار فى عام ١٩٩٠م).

وسبقت التحريات الأولية حول الآثار الفسيولوجية للفلورايد فى مياه الشرب أولى التجارب الميدانية فى المجتمع . ومنذ عام ١٩٥٠م، زعم المعارضون لإضافة الفلورايد للمياه أن الفلورايد يزيد من خطر الإصابة بالسرطان ومتلازمة داون (Down syndrome) وأمراض القلب وتهشم العظام (osteoporosis) وكسر العظام ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (AIDS) والذكاء المنخفض ومرض الخرف (Alzheimer) والحساسية وغيرها من الحالات الصحية. وقد تم، وعلى نحو متكرر، إعادة تقييم سلامة وفعالية إضافة الفلورايد للمياه ولا توجد دلائل موثوق بها تدعم الارتباط بين إضافة الفلورايد للمياه وبين تلك الأمراض.

المصدر بتصرف من:

Achievements in Public Health, United States, 1900-1999: Fluoridation of Drinking Water to Prevent Dental Caries, *Morbidity and Mortality Weekly Report,* Vol. 48, No. 41, pp. 933-940, the Centers for Disease Control and Prevention, 1999.

شكل (٨-٤)
تعاطى الكحول أو المخدرات المحظورة أو كليهما، الولايات المتحدة، ١٩٩٤-١٩٩٧م



المصدر أعيد طباعته من:

Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, U.S Department of Health and Human Services, Public Health Services, 2000.

ومن الواضح أنه لا يزال هناك الكثير مما يجب عمله. وقد فصل بوضوح برنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠م الكثير من جدول الأعمال غير المنجز بتحديده أهداف مهمة ومؤشرات رئيسية للحالة الصحية فى الولايات المتحدة[٤]. وحددت الفصول المختلفة من هذا الكتاب بعضًا من هذه المؤشرات الرئيسية والأهداف، والتى تشمل استخدام التبغ (الفصل الثانى) والحصول على الرعاية الصحية (الفصل الثالث) والنشاط البدنى (الفصل الخامس) والتحصينات (الفصل السابع). كما تم أيضًا تحديد أهداف لستة مؤشرات رئيسية أخرى وتشمل تعاطى المواد المخدرة (شكل ٨-٤) والبدانة والسلوك الجنسى والصحة النفسية وجودة البيئة والإصابات/العنف (جدول ٨-١). ويمثل العديد منها مشاكل صحية تعتبر جديدة على جدول أعمال الصحة العامة. وفى العقود الحديثة صنفت

قضايا الرعاية الصحية وتعاطى المواد المخدرة والصحة النفسية والرعاية الصحية طويلة الأجل (long-term care) وكذلك قضية العنف فى الوقت الحاضر - على أنها مشاكل للصحة العامة وأخذت مكانها الصحيح فى جدول أعمال الصحة العامة. وسوف يكون تطبيق الدروس المستفادة خلال قرن من التقدم فى الصحة العامة على كل من التهديدات الجديدة والقائمة ضروريًا لزيادة مدة الحياة الصحية وإزالة الفروقات الضخمة فى النتائج الصحية والتى تعتبر أهدافًا محورية لأهداف الصحة الوطنية للعام ٢٠١٠م. وتتطلب تحديات الصحة العامة فى كلا القرنين تطبيق العلم الصحيح فى ظل مناخ يؤيد العدالة الاجتماعية فى الصحة. ويظل هذا أكبر التحديات التى تواجه ممارسة الصحة العامة ضخامة فى القرن الحادى والعشرين.

جدول (٨-١)

أهداف العام ٢٠١٠م لمؤشرات صحية مختارة

المؤشر	سنة المقارنة	مستوى المقارنة	هدف العام ٢٠١٠
الأطفال والمراهقون البُدُن أو ذوو الوزن الزائد.	٨٨-١٩٩٤	١١٪	٥٪
البالغون البُدُن > ٢٠ سنة من العمر.	٨٨-١٩٩٤	٢٣٪	١٥٪
معدل الوفيات الناجمة عن المركبات (لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة).	١٩٩٧	١٥,٨	٩
معدل الوفيات الناجمة عن القتل (لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة).	١٩٩٥	٧,٢	٣,٢٪
المتعرضون للأوزون بدرجة تفوق مواصفة وكالة حماية البيئة.	١٩٩٧	٤٣٪	٠٪
المتعرضون لدخان التبغ فى البيئة.	٨٨-١٩٩٤	٦٥٪	٤٥٪
النساء غير المتزوجات النشطات جنسيًا فى سن ١٨-٤٤ اللاتى يستخدمن الواقى (condoms).	١٩٩٥	٢٣٪	٥٠٪
المراهقون فى الفصول الدراسية ٩-١٢ غير النشطين جنسيًا أو النشطون جنسيًا الذين يستخدمون الواقى.	١٩٩٧	٨٥٪	٩٥٪
البالغون الذين يعانون الاكتئاب ويتلقون العلاج.	١٩٩٧	٢٣٪	٥٠٪

المصدر بتصرف من:

Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2000.

وسوف تظل المشاكل القائمة والناشئة والعائدة فى النشوء وتلك الموكلة حديثًا للصحة العامة تتحدى إلى الأبد الصحة العامة كمشروع اجتماعى. وسوف يتوقف النجاح على كل من هيكل ومضمون استجابة الصحة العامة لتلك التحديات. ويتيح التقييم الذاتى المستمر والنقدى والشامل لمشروع الصحة العامة أعظم فرصة للنجاح المستمر. وقد تم إجراء مثل هذا التقييم الذاتى من خلال تقرير معهد الطب لعام ١٩٨٨م، والذى يعرف بمستقبل الصحة العامة[٥]. ويحتاج الأمر إلى تقييم آخر فى مطلع القرن الجديد وخاصة فى ضوء دروس وإنجازات القرن الماضى. وفى العديد من الجوانب، فإن نواحى القصور فى الصحة العامة الحديثة هى واضحة مثل وضوح إنجازاتها.

نواحى القصور فى الصحة العامة فى القرن العشرين:

على الرغم من الإنجازات الرائعة التى تحققت فى القرن العشرين، هناك الكثير مما يجب أن تعمله الصحة العامة فى السنوات الأولى من القرن الجديد. فالنجاح المتواصل غير مؤكد بأى حال من الأحوال بسبب جمهرة المشاكل الجديدة ونواحى القصور المهمة فى جهود الصحة العامة التقليدية. فالتهديدات البيئية العالمية والاختلال فى أنظمة البيئة الحيوية والانفجار السكانى على مستوى العالم وغياب العدالة الاجتماعية القائم والمستمر فى الاتساع والفروقات الصحية وعدم القدرة على الحصول على الرعاية الفعالة تضيف إلى قائمة المشاكل الصحية المتبقية من القرن العشرين[٦]. خذ فى الاعتبار، على سبيل المثال، المضامين التى يحتويها شكل (٨-٥) بمدلولات الارتباط بين الدخل والصحة وأمة تنمو متنوعة أكثر فأكثر مع وجود عبء أكبر من الفقر يلقى بظلاله على الأطفال والأقليات والأسر ذات العائل الواحد. وربما ترتبط الزيادات الإضافية فى الحالة الصحية بالعلم على نحو أقل من ارتباطها بالسياسات الاجتماعية. وبالنسبة لبعض المهنيين فى الصحة العامة، تعتبر نواحى القصور فى الصحة العامة التقليدية أصعب قبولاً لأنها تمثل الركائز الداعمة لمشروع الصحة العامة على نحو كبير. ويجعل هذا التردد فى إجراء التقييم الذاتى على نحو نقدى التقدم المستقبلى أقل حتمية. ولعله من المفيد فحص نواحى القصور تلك فى ضوء علاقتها بالقوتين الرئيسيتين اللتين تشكلان استجابات الصحة العامة ألا وهما العلم والقيم الاجتماعية.

ومن ضمن نواحى القصور التى تؤثر فى علم الصحة العامة هو التركيز غير المبرر على التفكير الاختزالى الذى يسعى لإيجاد تبريرات جزئية المستوى لظواهر اجتماعية وبنيوية.

وقد كان تحديد العوامل المنشئة للخطر مفيداً لجهود الصحة العامة، ولكن التركيز على العوامل المنشئة للخطر الفردية غالبًا ما يحجب أنماطًا تستدعى استجابات متعددة المستوى. ويعتبر التحديد المستمر للارتباط بين الحرمان الاجتماعى وبين العديد من المشاكل الصحية المهمة بمنزلة حالة فى هذا الصدد. وتوفر الأساليب الرامية إلى خفض أمراض القلب التاجية مثالاً آخر. حيث تركز عادة التدخلات الصحية التى تستهدف خفض أمراض القلب التاجية على العوامل المنشئة للخطر على المستوى الفسيولوجى مثل التحكم فى ضغط الدم والكلسترول والبدانة والعوامل المتعلقة بنمط المعيشة على المستوى الفردى والتى تشمل التدخين والتغذية والنشاط البدنى والعوامل النفسية - الاجتماعية. ولكن هناك أيضًا مؤثرات بيئية مثل الموقع الجغرافى والظروف السكنية والأخطار المهنية وتأثيرات الهرم الاجتماعى مثل الطبقة الاجتماعية والسن والجنس والأصل/العرق. وفى ظل هذه النظرة المتعددة المستويات لأمراض القلب التاجية، فإن التدخلات التى تركز على الوقاية الأولية والوقاية من المستوى الثانى (تلك التى تعالج المستويات الفسيولوجية والفردية) تكمل بتنظيم وتدخلات على مستوى المجتمع (تعالج المؤثرات البيئية) وسياسة صحية عامة (تعالج مستوى البنية الاجتماعية).

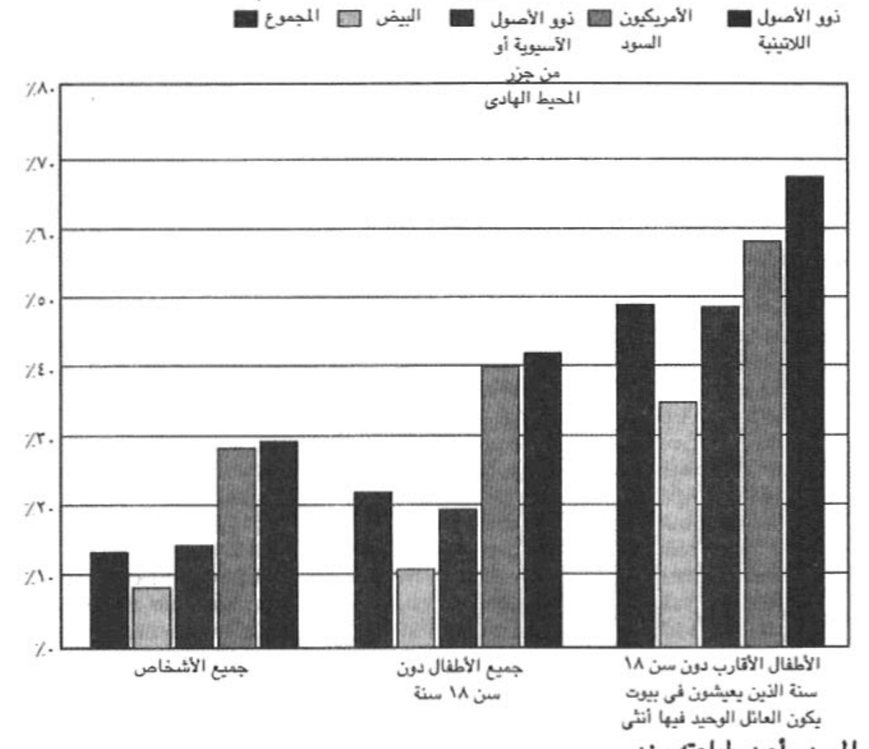
ومن نواحى القصور الأخرى للإرث العلمى للصحة العامة الميل إلى التفكير الثنائى والفشل فى النظر للصحة كظاهرة مستمرة. وباستخدام أمراض القلب التاجية كمثال يلفت التفكير المزدوج الانتباه لمستوى العوامل الفردية والفسيولوجية، فى حين أن النظر لهذه الحالة على أنها مستمرة يحث على نظرة شمولية للسكان وتطوير تدخلات تقلل من معدلات الإصابة وشيوع المرض الكلية من خلال التأثير على التوزيع التكرارى فى جميع الفئات السكانية. وتقترح النظرة للمشاكل الصحية كظواهر مستمرة بأن تبذل الجهود عبر جميع الفئات السكانية لتحريك كل التوزيع التكرارى لأمراض القلب التاجية "إلى اليسار" بدلاً من مجرد خفض عبء المرض بين تلك المجموعات الأكثر تأثرًا فقط. وهنا يبدو واضحًا بأن العلم والقيم الاجتماعية ليست قوى خالصة مستقلاً بعضها عن بعض.

ولكن النقاش والجدل حول الأساليب العلمية لمشاكل الصحة العامة ليس ذا طبيعية علمية بحتة. ويوجد فى صميم الأفعال الجماعية قيم تراكمية تتعلق بما إذا كانت القضايا المؤثرة على الأفراد هى أكثر أهمية من القضايا المؤثرة على المجتمعات من الأفراد وحول معنى الصحة فى حد ذاتها. هل يجب أن تركز الصحة العامة على صحة الأفراد أم على صحة المجتمعات؟ وتعكس هذه التساؤلات إلى حد ما وجهات النظر المختلفة للصحة والتى تم وصفها فى الفصل الثانى من الكتاب. ومن جانب، هناك النظرة الميكانيكية للصحة على أنها غياب المرض وتعزيز التدخلات الصحية التى تركز على المداواة العلاجية للأفراد

المصابين. ومن الجانب الآخر، هناك النظرة الشمولية التى تنظرللصحة على أنها توازن معقد من القوى والعوامل الضرورية اللازمة لقيام ذلك الفرد بوظائفه على نحو مثالى. وتركز هذه النظرة الأخيرة على صيانة الصحة وتعزيز الصحة غالبًا من خلال سياسات اجتماعية واسعة النطاق تؤثر فى كل المجتمع. وإلى حد كبير، توصف الاختلافات فى أنظمة الصحة العامة بين المجتمعات من خلال تلك الفروقات. حيث تركز بعض المجتمعات، مثل الولايات المتحدة، على الأفراد مستخدمة إلى حد كبير أسلوب العلاج الطبى. فى حين تتأثر المجتمعات الأخرى إلى حد كبير بالجماعية والنظرة الشمولية للصحة. ولكن فى صميم ما يمكن إنجازه، توجد قيم أساسية وفلسفات اجتماعية توجه استخدام المعارف العلمية المتوافرة فى أى وقت من الأوقات.

شكل (٨–٥)

نسبة الأشخاص الذين يعيشون تحت مستوى الفقر حسب مجموعة الأصل/العرق ونوع العائلة، الولايات المتحدة، ١٩٩٦م



المصدر أعيد طباعته من:

Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2000.

وتؤثر الاختلافات فى القيم الاجتماعية أيضاً على القدرة على الفهم حول ما هو متوقع من الحكومة، وكنتيجة لذلك، تؤثر على نمط وعلى قيادة جهود الصحة العامة. وقد أدت هذه القوى فى الولايات المتحدة إلى الإسراع فى تطوير ممارسة الصحة العامة فى المجتمع، وسوف يتم وصف هذه الظاهرة بشكل أوسع لاحقًا فى هذا الفصل. وقد تم وصف العديد من نواحى القصور هذه بمدلولات مختلفة فى نتائج والنداء الواضح لتقرير معهد الطب[٥]، الذى مهد الطريق لإعادة هندسة نظام الصحة العامة. كما بحث تقرير معهد الطب أيضاً فى الحد الذى تمثل به تلك الأخطار فرصاً وتحديات لمستقبل الصحة العامة.

الصحة العامة نظام تسوده "الفوضى"؟:

وجد تقرير معهد الطب المنجز فى عام ١٩٨٨م الكثير من القيمة والأهمية فى جهود الصحة العامة المبذولة على المستوى القومى ولكنه أيضًا حدد قائمة طويلة من المشاكل. وأخطر تلك المشاكل على الإطلاق هى أن الأمريكيين يسلمون جدلاً بأن نظام الصحة العامة الخاص بهم هو أمر محتم الحدوث. حيث أصبحت الأمة تعتقد بأن أوبئة الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى قد أصبحت فى عداد الماضى وأن الغذاء والماء سوف يظلان دائمًا خاليين من العوامل المعدية أو السامة. كما يفترض الأمريكيون أن أماكن العمل والمطاعم والمنازل قد أصبحت آمنة وأن كل فرد أصبح قادراً على الحصول على المعلومات والمهارات اللازمة لكى يعيش حياة صحية. كما أنهم افترضوا أيضاً أن كل هذا يمكن أن يحدث حتى فى ظل كون مؤسسات الصحة العامة مطالبة وعلى نحو متزايد بأن تقدم الخدمات الصحية لأكثر من ٤٠ مليونًا أمريكيًا ممن لا يتوافر لديهم تأمين صحى أو أن ما لديهم من تأمين صحى لا يغطى احتياجاتهم الصحية. ولكن، وعبر أرجاء الأمة، تعانى الولايات والمحليات عجزًا فى القدرة على توفير الموارد الكفيلة بأن تسمح لكل من أدوار الصحة العامة التقليدية والأدوار الصحية الأكثر حداثة بأن تؤدى بنجاح. وعندما تتنافس المنافع المستقبلية مع الاحتياجات الآنية، تكون النتائج متوقعة.

وخلقت هذه الظروف تصوراً بأن نظام الصحة العامة هو نظام تسوده الفوضى. وفى ظل هذا النظام، لا يدرك عامة الناس ولا أولئك المنهمكون فى عمل الصحة العامة نطاق ومضمون الصحة العامة فى أمريكا الحديثة. ويوجد هناك إجماع محدود حول المسئوليات الدقيقة التى يمكن توقعها من المستويات المختلفة للحكومة واهتمام ضئيل للوصول إلى مثل هذا الإجماع.

وقد وضحت الفصول السابقة من هذا الكتاب أن هناك عدداً من الصيغ التى تضمنها تقرير معهد الطب وتم قبولها من قبل مجتمع الصحة العامة. وتشمل تلك الصيغ بيانات بالرسالة والجوهر والوظائف الأساسية للصحة العامة. حيث تم وصف الرسالة (mission) ببساطة على أنها توفير الظروف التى يستطيع أن يعيش فيها الناس أصحاء. ويتضمن الجوهر (substance) إلى حد كبير الجهود المنظمة فى المجتمع لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض. كما حدد تقرير معهد الطب دوراً حيوياً للحكومة فى مجال الصحة العامة يتمثل فى تنظيم وضمان تحقيق رسالة الصحة العامة. وقد تم تحديد نظرة أرحب للوظائف الأساسية للحكومة فى الصحة العامة فى ثلاث وظائف أساسية تشمل التقييم وتطوير السياسات والتأمين. وتمثل هذه الوظائف نظرة أكثر شمولية لجهود الصحة العامة من تلك المنقولة عن وجهات النظر السابقة التى تقول بأن الصحة العامة تقوم وبشكل أساسى على توفير الخدمات وفرض القوانين. وتختلف الصحة العامة الحديثة فى تركيزها على تحديد المشاكل والحلول أساساً لتدخلاتها المنطقية وعلى العمل سوياً من خلال الأطراف الأخرى ذات الاهتمام، بدلاً من التدخل بصورة منفردة.

وربما يكون أكثر جوانب تقرير معهد الطب شهرة هو وصفه للفوضى فى الصحة العامة وأهمية تلك الفوضى. حيث رسم تقرير معهد الطب صورة من الجهود المنفصلة فى الثمانينيات الميلادية للتعامل مع الأزمات الآنية مثل وباء الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسب (HIV) والعجز المتزايد فى القدرة على الحصول على الخدمات الصحية والمشاكل المستعصية ذات الآثار الاجتماعية المهمة مثل الإصابات وحمل المراهقات وارتفاع الضغط وتعاطى التبغ والمخدرات. ومع وجود الأزمات التى تلوح فى الأفق فى شكل المواد السامة ومرض الخرف (Alzheimer's) وإمكانية الصحة العامة، وجد تقرير معهد الطب أن الوضع لايزال أكثر مدعاة للتشاؤم.

وقد وجد التقرير فجوة واسعة بين إمكانيات نظام الصحة العامة فى الثمانينيات الميلادية وبين تلك الإمكانيات المطلوبة فى نظام للصحة العامة ليكون قادراً على مجابهة التحديات الحديثة. كما رسم خطة للمضى قدماً نحو نظام يعمل على نحو مثالى. وقد تم تحديد عدد من الخطوات الممكنة[٥]:

- تحسين القاعدة القانونية للصحة العامة.

- تقوية الإطار الهيكلى والتنظيمى.

- تحسين القدرة على الفعل، وتشمل القدرات التقنية والسياسية والإدارية والبرامجية والمالية للمهنيين فى الصحة العامة.
- تقوية الروابط بين الأكاديميين والممارسين.

وفى نهاية المطاف، خلص التقرير إلى أن العمل من خلال مؤسسات اجتماعية متعددة، بدلاً من العمل من خلال منظمات الصحة العامة التقليدية فقط، يعد بمنزلة المفتاح لتحسين نظام الصحة العامة. كما اعتبر هذا أيضًا بمنزلة المهمة المرعبة. كما دعى إلى الدخول فى علاقات شراكة مع قطاعات مثل الإصلاح والتعليم وفرض القانون والقطاع الخاص وإحداث التغيير من خلال القيادة والتأثير، بدلاً من الأمر والتحكم. وتعتبر الموانع لإدخال هذه العلاقات التعاونية عوائق رئيسية فى تحقيق التطلعات الواردة فى أهداف الصحة القومية للعام ٢٠١٠م. وتأتى هذه العوائق فى جميع الأحجام والأشكال ومن العديد من المصادر المختلفة. وينظر إلى البعض منها على أنه معوقات خارجية فى حين يبدو البعض الآخر على أنه أكثر داخلية.

وحدد تقرير معهد الطب معوقات مهمة تعترض التدخل الفعال للصحة العامة(٥):

- عدم وجود إجماع حول مضمون رسالة الصحة العامة.
- إمكانيات غير كافية للقيام بوظائف الصحة العامة الحيوية والتى تشمل التقييم وتطوير السياسات وتأمين الخدمات.
- اتخاذ قرارات غير مترابطة فى ظل غياب البيانات والمعارف الضرورية.
- عدم المساواة فى توزيع خدمات ومنافع الصحة العامة.
- القيود المفروضة على القيادة الفعالة وتشمل التفاعل الضعيف بين الجوانب الفنية والسياسية للقرارات والتغيير السريع للقادة والعلاقات غير الكافية مع مهنة الطب.
- عدم الترابط التنظيمى أو الخضوع.
- مشاكل العلاقات بين المستويات الحكومية المختلفة.
- التطوير غير الكافى للمعارف الضرورية عبر المنظومة الكاملة لاحتياجات الصحة العامة.
- الصورة السيئة للصحة العامة والتى تحول دون الحصول على الدعم الضرورى.
- مشكلات خاصة تحد على نحو غير ملائم الموارد المالية المتاحة للصحة العامة.

وعلى الرغم من كونها غير ساحرة مثل قوائم "العشرة الأوائل" (Top Ten) الخاصة بديفيد ليترمن (David Letterman)، إلا أن هذه المعوقات العشرة مهمة وحتمية الظهور فى آن واحد. وهناك العديد من الأفكار المشتركة مع هذه المجموعة. يأتى فى المقام الأول بين المعوقات المؤثرة فى الصحة العامة القيم السائدة فى المجتمع الأمريكى، وعلى وجه التحديد، تلك القيم التى تحد من قدرة الحكومة فى تحديد ومعالجة العوامل التى تؤثر على الصحة. وتوضح القيم الاجتماعية الحد التى تستطيع عنده الحكومة أن تنظم السلوك الإنسانى، على سبيل المثال من خلال التحكم فى إنتاج واستخدام منتجات التبغ أو فرض استخدام الخوذة فى أثناء ركوب الدراجات الهوائية أو الدراجات النارية. وتحدد هذه القيم أيضًا ما إذا كان بالإمكان وإلى أى مدى يتم توفير خدمات تنظيم الأسرة والعيادات المدرسية فى المجتمع، كما تحدد مضمون مقررات التثقيف الصحى المدرسى. وتجد بعض هذه القيم الاجتماعية مؤيدين غرباء. على سبيل المثال، يعارض العديد من الأمريكيين السيطرة على الأسلحة النارية بموجب مبادئ الدفاع عن النفس المنصوص عليها فى الدستور الأمريكى (U.S Constitution). وتعارض شركات تصنيع الأسلحة أيضًا هذه السيطرة ولكن بناء على اعتبارات اقتصادية مباشرة بشكل أكبر.

وتعد الاعتبارات الاقتصادية والمواردية أفكارًا مشتركة أيضًا. وإحدى القضايا الواضحة هى أن أغلب أنشطة الصحة العامة تظل ممولة من الميزانيات التقديرية "discretionary budgets" (المتروكة لتقدير السلطة ذات الاختصاص) للحكومات المحلية وحكومات الولايات والحكومة الاتحادية. وعلى جميع المستويات، فقد تم ضغط البرامج التقديرية من قبل البرامج المنصوص عليها صراحة فى القانون (true entitlement programs) مثل نظام الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين (Medicaid) ونظام الرعاية الصحية الخاص بالمسنين (Medicare)، بالإضافة إلى بعض المسئوليات التى أصبحت شبيهة فى وضعها بالبرامج المنصوص عليها صراحة فى القانون (near-entitlements) مثل السلامة العامة وفرض القانون والبرامج الإصلاحية والتعليم. ويؤدى تمويل مجموعة من الخدمات المرتبطة بالصحة من الأموال الحكومية المتروكة لتقدير السلطة ذات الاختصاص (discretionary funds) فى حين تمول الخدمات الصحية الأخرى من خلال المنافسة فى السوق إلى اتساع حالة عدم التوازن بين العلاج والوقاية كإستراتيجيات استثمارية لتحسين الصحة العامة. وتوجد جماعات مصالح اقتصادية قوية بين الصناعات العاملة فى القطاع الصحى إضافة إلى الصناعات التى تؤثر منتجاتها فى

الصحة مثل صناعات التبغ والكحول والمبيدات الحشرية والأسلحة النارية. والواحد منا لا يستطيع إلا أن يتمنى فقط أن تنشأ هناك جماعات ضغط مساوية لقوة جماعات الضغط الممثلة لتلك الصناعات لكى تتبنى مصالح مرضى التهاب الكبد الوبائى والدرن المقاوم للأدوية.

وفى أغلب الأحيان، تقود المشاكل المعقدة وقضايا الصحة العامة، والتى ينظر إلى أسبابها والعوامل المساهمة فيها على أنها تقع خارج حدود الصحة العامة، المهنيون فى الصحة العامة إلى الاعتقاد بأنه لا يجب أن يحملوا مسئولية النجاح أو الفشل. ولكن يمكن تحسين العديد من جوانب ممارسة الصحة العامة ذاتها بشكل أفضل. وتشتمل تلك الجوانب على العلاقات مع القطاع الخاص والممارسين للطب وبعض إعادة الهندسة الداخلية لعمليات الصحة العامة. ويؤدى كل من الخوف والشك فى القطاع الخاص إلى ضياع العديد من الفرص. وكما أن أكثر ثلاثة عوامل أهمية فى تحديد قيمة العقار هى الموقع والموقع والموقع، يمكن الجدل بأن أكثر ثلاثة عوامل أهمية للصحة هى الفرص الوظيفية والفرص الوظيفية والفرص الوظيفية. وإذا كان هذا القول قريبًا من الصدق فى أى مكان، فإنه يجب أن ينتهى الشك فى القطاع الخاص. وهناك تحفظ بسيط على أن التوظيف هو بمنزلة تدخل صحى وقائى قوى بمدلولات الحالة الصحية لكل من الفرد والمجتمع. حيث تستطيع أنشطة تطوير المجتمع التى تجلب مشاريع جديدة وفرصًا وظيفية للمجتمع أن تؤثر فى الحالة الصحية على نحو أكثر إيجابية من إنشاء عيادة للصحة العامة فى كل زاوية. إضافة إلى ذلك، شكلت الشركات العاملة فى القطاع الخاص قوة رئيسية وراء نمو أنظمة الرعاية الصحية الاقتصادية (managed care systems) فى الولايات المتحدة. وسوف تكون علاقات التعاون بين تلك الشركات وبين المهتمين بالصحة العامة ضرورية لتأمين موارد جديدة أو لتصحيح التوازن بين إستراتيجيات العلاج وإستراتيجيات الوقاية. كما أن زيادة علاقات الشراكة والتعاون مع المهتمين بالرعاية الطبية سوف تكون ضرورية أيضًا. ومما يؤسف له هو وجود تجاهل واسع النطاق لقطاع الرعاية الطبية بين العاملين فى الصحة العامة.

ومن بين المعوقات الداخلية لمؤسسات الصحة العامة والذى دائمًا ما يغفل عنه هو الاستخدام الواسع النطاق للأساليب التصنيفية (categorical approaches) فى إدارة البرامج، والذى دائمًا ما يفكك ويعزل البرامج الفردية بعضها عن بعض. وبالإضافة إلى الانتشار غير الضرورى للمعلومات والإدارة وغيرها من العمليات الإدارية، يلجأ كل برنامج

إلى تطوير توليفته المنوعة من جماعات الاهتمام والتأييد، والتى تشمل تلك المرتبطة بالأعضاء العاملين فى البرنامج والذين عادة يعملون لمعارضة الدمج والتوحيد المفيد للبرامج.

ويتمثل عامل آخر مقيد فى عدم القدرة العامة على وضع الأولويات وتركيز جهود الصحة العامة على الرغم من غزارة المعلومات التى توضح أى العوامل أكثر تأثيراً على الصحة على المستوى القومى أو مستوى الولاية أو حتى على المستويات المحلية. ومرة بعد مرة يتبين أن التبغ والكحول والغذاء والعنف هى فى صميم أسباب الوفاة وسنوات العمر المحتملة الضائعة التى يمكن تفاديها. ومن منظور مثالى، يفضل اتخاذ قرارات تخصيص الموارد بناء على أكثر الأخطار المنسوبة أهمية بدلاً من توزيعها لمعالجة كل من الأخطار الكبيرة والصغيرة بدون فعالية. وبوجود درجات للأولويات، والتى لا توجد فى حقيقة الأمر، وبدون أولويات واضحة، يصبح من النادر توقع المسئولية. وقد عملت الصحة العامة دائماً فى ظل التقاء العلم والسياسة؛ تعتبر المسائل السياسية وتقديم التنازلات أمراً طبيعياً. ولكن تبقى حالات عدم الانسجام بين أولويات الصحة العامة المصرح بها وبين أولويات البرنامج الفعلية، كما تم توضيحها من خلال التمويل، فى حد ذاتها معوقات لفهم عامة الناس وتقديم الدعم لعمل الصحة العامة.

وترتبط العوامل الأخرى التى تؤثر فى فهم ودعم الجمهور للصحة العامة بالتحول من الأمراض التى تسببها الكائنات المجهرية إلى تلك الأمراض الناجمة عن السلوكيات الإنسانية. ويصعب الأمر أكثر على الناس لتقدير الأساس العلمى لتدخلات الصحة العامة عندما تكون العلوم الاجتماعية، وليس العلوم الطبيعية، هى الموجه والمرشد للإستراتيجيات. ويحدث هذا فى وقت تصور فيه الحكومة على أنها غير كفؤة ومتطفلة أكثر مما ينبغى. ونظراً لأن الناس يعتبرون، وإلى حد كبير، أن العمليات الحكومية هى سياسية على نحو مكثف، ينظر الناس إلى عمليات الصحة العامة، والتى تشمل البرامج والأنظمة، على أنهم فى مسيس حاجة إليها بدرجة عالية وأنها جزئياً تمارين أو أنشطة علمية.

وقد دار جدل كبير حول ما إذا كان تقرير معهد الطب قد عكس بدقة مشكلات واحتياجات نظام الصحة العامة الأمريكى. وفى نواحٍ عديدة، أعاد التقرير صياغة القيم والمفاهيم الأساسية المؤسسة للصحة العامة فيما يتعلق بتركيزها على الوقاية والتنوع المهنى والطبيعة التعاونية والحل الجماعى للمشكلات ومجموعات التأييد هشة الترابط ووظائف التأمين والحاجة إلى دعوة القطاعات الأخرى لحل مشكلات الصحة العامة وعدم

وجود تأييد قابل للتحديد. وتبدو هذه الخصائص مجتمعة على أنها تمثل حالة من الفوضى. ولكن السبب فى حالة الفوضى هذه ربما لا يكمن فى الصحة العامة ولكنه يوجد بشكل أكثر عمومية فى مؤسساتنا الاجتماعية والحكومية. ووضع حلولٍ تعيد هيكلة عناصر النظام ربما لن يؤدى إلى أكثر من إعادة ترتيب الكراسى فى سفينة تيتانك (Titanic) المشهورة.

وربما كان من الضرورى إعادة الهيكلة الشاملة لمهام ووظائف الصحة العامة للتعامل مع مشاكل الصحة العامة الحديثة. فالعمل الأكبر بالنسبة للصحة العامة هو جعل مهمة الوقاية تتم بشكل صحيح بدلاً من عملها من خلال هيكلة تقليدية للأدوار والمسئوليات. ويجب تقبل الوقاية من المرض وتعزيز الصحة من جميع أفراد المجتمع ومؤسساته الصحية بدلاً من التواجد فى أنظمة فرعية متوازية. ولا يوجد أى دلائل تؤيد الرأى القائل بأن التنظيم الأمثل لأنشطة الصحة العامة يكون من خلال مؤسسات الصحة العامة الحكومية. فالرسالة والجهد هما المهمان هنا وليس بالضرورة التنظيم التى تنبثق منه تلك الجهود.

ممارسة الصحة العامة فى المجتمع:

تعتبر المجتمعات ساحات للمعركة حيث يتم مواجهة التهديدات على صحة الناس ومعالجة تحديات الصحة العامة فى القرن الجديد. وقد كان هناك نمو مستمر فى أسلوب ممارسة الصحة العامة فى المجتمع خلال أواخر القرن العشرين. وقد توسعت هذه الحركة فى التسعينيات الميلادية وتعد بأن تكون بمنزلة الصحة العامة الجديدة فى أوائل القرن الحادى والعشرين. ويؤسس هذا المفهوم على الاعتقاد بأن أطباء أكثر وعيادات أكثر وتطورات علاجية وتشخيصية أكثر تقدماً لن تحل المشاكل الصحية الرئيسية التى تواجه الأمريكيين. وبدلاً من ذلك، فإن أعظم المنافع سوف تأتى مما يفعله الناس وما لا يفعلونه لأنفسهم بصورة جماعية. ويمكن للعمل الجماعى أن يتحقق فى مستويات متعددة، ولكنه يؤتى أفضل ثماره على مستوى المجتمع. وسوف يتعرض هذا الجزء للأساليب والأدوات والفرص المرتبطة بالممارسة الحديثة للصحة العامة فى المجتمع.

يعتبر مفهوم المجتمع (community) من المفاهيم المرنة. وبصفة عامة فإن التجمعات السكانية هى تجميع للأفراد الذين يشتركون فى خصائص عامة أو غيرها من الروابط. ويستطيع الشخص الواحد أن يكون جزءاً فى عدة مجتمعات مختلفة. وينظر أحد التعريفات للمجتمع على أنه التجمع الارتباطى المتشكل ذاتياً لأناس عاديين تتوافر لديهم

موارد كافية فى معيشتهم للتأقلم مع متطلبات الحياة ولا يعانون اعتلالاً فى الصحة. ويركز هذا التعريف للمجتمع على قدرة المجتمعات على تحقيق أهدافها الصحية من خلال الاستخدام الفعال لأصولها أو مواردها الذاتية. ويختلف على نحو كبير من النظرة للمجتمعات على أنها الموقع الذى يتم فيه تقديم الخدمات الصحية. وبدلاً من التركيز على مستوى الأفعال والسلوكيات الفردية، فإنه يعترف بأهمية المحددات الاجتماعية للصحة وبأهمية المستويات البيئية والسياسية لاستجابات الصحة العامة. وتتمحور ممارسة الصحة العامة فى المجتمع حول ربط المجتمعات بالعمل بصورة جماعية بالنيابة عنهم. وتتمثل عملية ربط المجتمع فى العمل بصورة جماعية مع مجموعات من الناس مرتبطين بالقرب الجغرافى أو الاهتمامات الخاصة أو الأوضاع المتشابهة فيما يخص قضايا تؤثر على رفاهيتهم أو سعادتهم. ويعتبر الارتباط بالمجتمع أمراً ضرورياً بالنسبة للعاملين فى مؤسسات الصحة العامة الحكومية ومنظمات الرعاية الصحية والهيئات التعليمية والمنظمات التطوعية أو فى إطار الشركات.

وعلى الرغم من أن الارتباط بالمجتمع يعتبر تطوراً حديثًا نسبيًا للعديد من منظمات الصحة العامة الحكومية، وظف المختصون بالتثقيف الصحى هذه المبادئ لأكثر من أربعة عقود من الزمن بناء على التعليم الأساسى القائل بأن تبدأ من حيث يوجد الناس. وتعبر بشكل جيد "الوعود العشرة للتثقيف الصحى فى المجتمع " (Ten commitments for Community Health Education)[٧] الواردة فى توضيح (٨-١) عن التجربة المبكرة للمثقفين الصحيين فى المجتمع.

ويركز هذا الأسلوب الإيجابى على أن كل المجتمعات لديها أصول. وربما قد يبدو هذا واضحاً، ولكن، وعلى نحو دائم، ينظر للمجتمعات من خلال احتياجاتها ومشاكلها فقط. وتعتبر المضامين المتعلقة بوجهات النظر المختلفة هذه مهمة. فإذا نظر إلى المجتمعات من خلال احتياجاتها، فإن السياسات والتدخلات سوف تبنى على أساس الاحتياجات. أما إذا نظر للمجتمعات من خلال أصولها، فإن السياسات والتدخلات سوف تبنى على أساس قدرات ومهارات وأصول المجتمع. ونادراً ما يحدث التحسن فى صحة المجتمع بسبب أفعال أصحاب المصالح الخارجية فقط، حيث إن أكثر جهود التطور فى المجتمع نجاحاً هى تلك الموجهة من التزام أولئك الذين يستثمرون أنفسهم ومواردهم فى ذلك الجهد. ويمكن تحديد أصول المجتمع من خلال الأساليب التى تصنف وتنظم فى الواقع مرتكزات البناء الأساسية التى سوف تستخدم لمعالجة المشاكل الصحية المهمة فى المجتمع[٨]. وتشمل

مرتكزات البناء الرئيسية تلك أصول المجتمع الأكثر توافرًا لتحسين الصحة فى المجتمع، شاملة كلاً من الأصول الفردية والتنظيمية. وتشمل الأصول الفردية على مهارات ومواهب وتجارب المقيمين فى المجتمع والمؤسسات الفردية والمشاريع المدارة فى المنزل بالإضافة إلى الدخل الشخصى. وتشمل الأصول التنظيمية اتحادات المؤسسات واتحادات المواطنين والمنظمات الثقافية ومنظمات الاتصالات والمنظمات الدينية. أما مرتكزات البناء الثانوية فتشمل الأصول الخاصة والعامة والطبيعية والتى يمكن جعلها تحت تصرف المجتمع واستخدامها فى أغراض التحسين. وتشمل هذه الأصول المنظمات الخاصة والمنظمات غير الربحية (مؤسسات التعليم العالى والمستشفيات ومؤسسات الخدمة الاجتماعية) والمؤسسات والمصالح العامة (المدارس الحكومية والشرطة والمكتبات وإدارات الإطفاء والحدائق أو المتنزهات العامة) والموارد الطبيعية (الأراضى الفضاء والمبانى التجارية والصناعية ومشاريع الإسكان وموارد الطاقة والموارد المخصصة للتخلص من الفضلات).

توضيح (٨-١)
الوعود العشرة للتثقيف الصحى فى المجتمع

١- ابدأ حيث يوجد الناس.

٢- أدرك عناصر القوة فى المجتمع واعتمد عليها.

٣- احترم المجتمع ولكن لا تقدسه.

٤- شجع مستوى عاليًا من المشاركة فى المجتمع.

٥- الضحك علاج جيد وتثقيف صحى جيد.

٦- التثقيف الصحى هو عملية تثقيفية ولكنها أيضًا سياسية.

٧- يجب عليك ألا تتقبل النعوت السيئة (مثل التعصب للعرق أو التعصب للجنس أو الفئة العمرية).

٨- فكر بمنظور عالمى واعمل محليًا.

٩- شجع على تعزيز القدرة الفردية وقدرات المجتمع.

١٠- اعمل فى سبيل تحقيق العدالة الاجتماعية.

المصدر أعيد طباعته بإذن من:

M. Mikler, Ten Commitments for Community Health Education, *Health Research Theory and Practice,* Vol. 9, No. 4, pp. 527-534, © 1994, Oxford University Press.

بالإضافة إلى إستراتيجيات الارتباط بالمجتمع وتنظيم الأصول، يوفر قياس الأداء أداة أخرى لأنشطة تحسين الصحة فى المجتمع. ومقاييس الأداء ليست جديدة أيضًا على ممارسة الصحة العامة. حيث يعتبر استخدام مقاييس الأداء لمتابعة التقدم نحو تحقيق أهداف المجتمع أو الأهداف الصحية القومية ممارسة متعارف عليها منذ زمن طويل. ولكن عمليات تحسين الصحة فى المجتمع (community health improvement pro- cesses (CHIP)) المقترحة من قبل معهد الطب فى تقريره حول مراقبة الأداء قد رفعت قياس الأداء إلى مستويات جديدة. وفى هذه العمليات، تعمل مقاييس الأداء على جعل المجتمعات (ممثلة من قبل ذوى المصالح وعلاقات الشراكة) مسئولة عن الأفعال التى قبلوا بتحمل المسئولية عنها[٩]. ويدعم هذا عملية خلق تصور مشترك وأسلوب تعاونى واندماجى لحل المشاكل فى المجتمع بغرض تحسين الحالة الصحية. حيث يتيح الفرصة لأصحاب المصالح والشركاء لتحمل المسئولية بشكل جماعى وتعبئة مواردهم وأصولهم لبلوغ الأهداف المتفق عليها.

ويشتمل نموذج عمليات تحسين الصحة فى المجتمع على دورة لتحديد ووضع أولويات المشاكل تتبع بدورة التحليل والتنفيذ. وتشمل هذه الدورة الثانية تطوير وتنفيذ وتقييم إستراتيجيات التدخل الصحية التى تعالج المشاكل الصحية ذات الأولوية فى المجتمع. والخاصية المميزة لهذا الأسلوب هى التركيز على القياس لربط الأداء بالمسئولية على نطاق واسع فى المجتمع بدلاً من ربطها كليا بإدارة الصحة المحلية أو جهة حكومية أخرى. وقد تم تطوير عدد من التوصيات لتفعيل مفهوم تحسين الصحة فى المجتمع[٩]:

- يجب على المجتمعات أن تؤسس عملية تحسين الصحة على تعريف واسع للصحة وعلى نموذج مفاهيمى شامل حول كيفية الوصول إلى الصحة فى المجتمع.
- يجب على عملية تحسين الصحة فى المجتمع أن تقوم بتطوير مقاييس أداء كمية محددة خاصة بها، والتى يمكن من خلالها ربط الجهات المسئولة بأداء أنشطة محددة من المتوقع أن تؤدى إلى تحقيق النتائج الصحية المرغوبة فى المجتمع.
- يجب أن تسعى عملية تحسين الصحة فى المجتمع إلى خلق التوازن بين الفرص الإستراتيجية لتحسين الصحة فى المدى الطويل وبين الأهداف الممكن تحقيقها على المدى القصير.
- يجب أن تناضل الجهود فى المجتمع الموجهة لعمليات تحسين الصحة من أجل الشمول الإستراتيجى من خلال إشراك الأفراد والمجموعات والمنظمات المهتمة بالنتائج الصحية أو التى تستطيع أن تسهم بالبيانات والإمكانيات التحليلية المطلوبة لمراقبة الأداء.

- يجب أن ترتكز عملية تحسين الصحة فى المجتمع على تحالف صحى فى المجتمع أو على جهة مماثلة.

ولتمكين التبنى الواسع النطاق لمفهوم عملية تحسين الصحة فى المجتمع، أصدر معهد الطب توصيات إضافية[٩]:

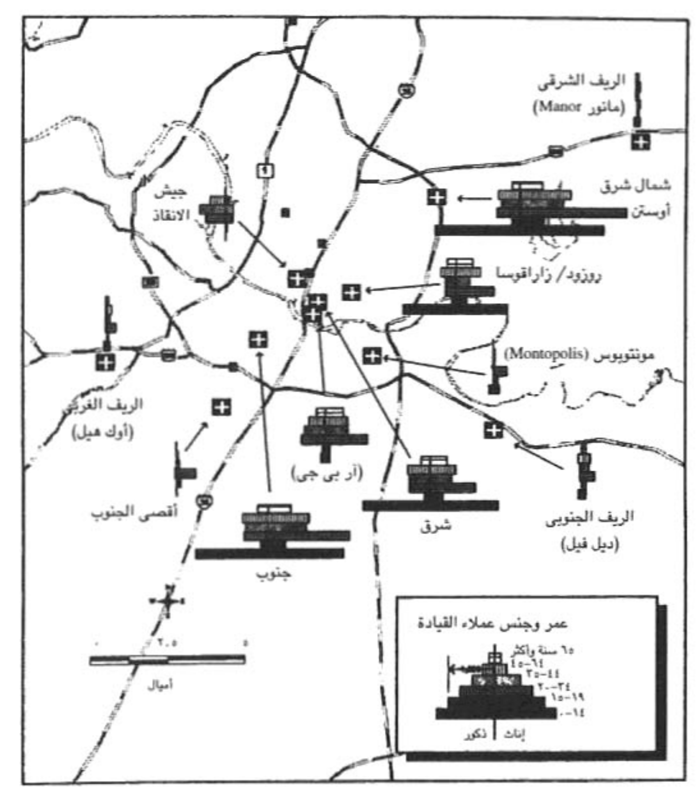
- يجب أن تعمل مؤسسات الصحة العامة فى الولايات والمحليات على ضمان وجود عملية فعالة لتحسين الصحة فى المجتمع فى جميع المجتمعات. وكحد أدنى، يجب على هذه المؤسسات أن تشارك فى أنشطة عملية تحسين الصحة فى المجتمع، وفى بعض المجتمعات، يجب أن تلعب دور القيادة أو المضيف التنظيمى.
- فى سبيل دعم عمليات تحسين الصحة على مستوى المجتمع، يجب أن تعمل مؤسسات الصحة فى الولايات، بالاشتراك والتعاون مع إدارات الصحة المحلية، على ضمان توافر البيانات على مستوى المجتمع اللازمة لتوفير صورة شاملة عن الوضع الصحى.
- يجب أن تشترط الولايات والحكومة الفيدرالية، من خلال إدارات الصحة أو غيرها من القنوات المناسبة، على البرامج الصحية وشركات التأمين ضد الخطر وغيرها من الجهات الخاصة بأن ترفع تقارير موحدة عن الخصائص والحالة الصحية للأفراد المسجلين لدى تلك الجهات وعن الخدمات المقدمة لهم وعن نتائج تلك الخدمات حسب متطلبات مراقبة الأداء فى عملية تحسين الصحة فى المجتمع.

وقد تم إصدار العديد من الأدوات والأدلة الإرشادية المفيدة المتوافرة عبر الإنترنت (انظر ملحق ب) لدعم التوسع فى جهود تحسين الصحة فى المجتمع فى نماذج مثل عمليات تحسين الصحة فى المجتمع والتعبئة للتدخل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون وغيرها من المبادرات المماثلة. ومن أشهر تلك الأدوات مبادئ الارتباط فى المجتمع (Principles of Community Engagement) الصادرة عن مراكز السيطرة والوقاية من المرض[١٠] وصندوق أدوات التجمع السكانى (Community Tool Box) المطور من قبل جامعة كانساس (University of Kansas)[١١] ومجموعة صندوق الأدوات لبرنامج الناس الأصحاء ٢٠١٠م (Healthy People 2010 Tool Kit) المنتج من قبل المؤسسة الوقفية للصحة العامة (Public Health Foundation)[١٢]. وقد برزت نظم المعلومات الجغرافية (geographic information systems)، والموضح عنها مثال فى شكل (٨-٦)، كأسلوب مهم لتقييم المشاكل والاحتياجات الصحية والأصول فى المجتمع.

شكل (٨-٦)

الخصائص السكانية للعميل (العمر والجنس) فى عيادات ذوى الدخل المنخفض فى إقليم أوستن/ترافيس (Austin/Travis County)، تكساس (Texas)، ١٩٩٥-١٩٩٦م

الملامح الصحية للمجتمع والحصول على الرعاية (Community Health Profiles & Access to Care)



تشير الأهرامات السكانية فى خريطة نظام المعلومات الجغرافى ((geographic information system (GIS)) هذه بسرعة إلى الفئات السكانية المختلفة المتابعة فى عيادات ذوى الدخل المنخفض فى إقليم أوستن/ترافيس (Austin/Travis)، ولاية تكساس (Texas). على سبيل المثال، تتعامل عيادة جيش الإنقاذ (Salvation Army Clinic) فى منطقة وسط المدينة فى الغالب مع الرجال المشردين بين سن ٢٠-٣٤ و٦٤، فى حين تقدم عيادة شمال شرق أوستن (North East Austin Clinic) خدماتها للنساء اللاتى تتراوح أعمارهن بين ٢٠-٣٤ سنة وأطفالهن. وتبدو التحديات فى تشغيل عيادات بمثل هذه الخصائص السكانية المختلفة واضحة.

المصدر أعيد طباعته من:

G.F. White and K.C. Cerny, Client Demographics at Low-Income Clinics in Austin/ Travis County, Texas, 1995-1996, *Journal of Public Health Management and Practice,* Vol. 5, No. 2, p. 48, © 1999, Aspen Publishers, Inc.

وعلى نحو مستمر، زادت مؤسسات الصحة العامة الحكومية، وخاصة إدارات الصحة المحلية، من علاقات التعاون مع قطاع الأعمال والمنظمات غير الربحية وغيرها من المنظمات الحكومية. وتوضح البيانات المستمدة من الملامح العامة لإدارات الصحة المحلية للعام ١٩٩٦- ١٩٩٧م [١٣] أن (٨) من كل (١٠) إدارات صحة محلية لديها علاقات شراكة مع مؤسسة الصحة فى الولاية وأن ٧ من ١٠ تتعاون مع إدارات الصحة المحلية الأخرى. كما يشترك أكثر من ثلثى إدارات الصحة المحلية مع مؤسسات الولاية الأخرى والمستشفيات وأن أكثر من النصف يتعاون مع المراكز الأكاديمية والاتحادات المهنية ومنظمات المجتمع والمجموعات الأهلية. كما يوجد لدى نصف إدارات الصحة المحلية تقريباً شركاء فى قطاع الأعمال.

وتعكس مبادرة نقطة التحول الوطنية (National Turning Point Initiatives) الحاجة أيضاً إلى نماذج جديدة لممارسة الصحة العامة موجهة من قبل المجتمع. وتسعى مبادرة نقطة التحول (Turning Point)، الممولة من قبل مؤسسة كيلوج الوقفية (Kel-logg Foundation) بالاشتراك مع مؤسسة روبرت وود جونسون الوقفية (Robert Wood Johnson Foundation)، إلى تحويل وتقوية البنية التحتية للصحة العامة على مستوى الولايات والمحليات، إلى الحد الذى تعيد به صياغة ممارسة الصحة العامة. وبانتهاء عام ١٩٩٩م، كان هناك ٢١ ولاية مشاركة فى مبادرة نقطة التحول من خلال علاقات الشراكة على نطاق الولاية والمحليات والتى تضم مجموعات مختلفة من المصالح الصحية لتطوير تصور مشترك وخطط إستراتيجية لتحسين أنظمة الصحة العامة على مستوى الولاية. وتحظى عمليات تحسين الصحة فى المجتمع وقياس الأداء وإعادة صياغة القوانين الصحية باهتمام خاص فى الوقت الذى تنتقل فيه الولايات المشتركة فى مبادرة نقطة التحول من التخطيط إلى التنفيذ ابتداء من عام ٢٠٠٠م. ويتفاوت نمط التعاون فى مواقع مبادرة نقطة التحول على نحو كبير مما يعزز ويطور العديد من النماذج المختلفة لتغيير النظم. وتشمل الإستراتيجيات العريضة ما يلى:

- تطوير قدرة دائمة ومناسبة وبنية تحتية لدعم أسلوب لتحسين الصحة موجه من قبل السكان.
- تطوير علاقات شراكه دائمة لاتخاذ القرار وتطوير السياسات المرتبط بتحسين الصحة على مستوى المجتمع والولاية.
- إيجاد عمليات تقييم مستمرة تبرز أفضل الممارسات فى تصميم نظم الصحة العامة.

- التركيز على برامج وأنشطة الوقاية وحماية الصحة وتعزيزها التى تركز على المحددات الصحية الشاملة.
- بناء أنظمة تعمل على القيام بمبادرات وإجراءات وقائية لتوجيه وحماية السكان من التهديدات الناشئة على الصحة.
- تحديد الأدوار والمسئوليات بوضوح لجميع الجهات المساهمة فى الصحة والتى تعمل فى الولاية وفى المجتمع.
- التركيز على نماذج تحسين الصحة فى المجتمع على المستوى المحلى وتوظيف نماذج تحسين الصحة على صعيد النظام على مستوى الولاية.

وتمثل المجتمعات الصحية (Healthy Communities) نموذجًا آخر ناجحًا لتحسين الصحة فى المجتمع، مستخدمًا الصحة بصورة مجازية نحو أسلوب أشمل لبناء المجتمع(١٥). ولأن الصحة تتجاوز حدود الأصل والعرق والطبقة الاجتماعية والثقافة والقطاع، يمكن التركيز على المجتمعات الصحية جميع فئات المجتمع من أن تتعاون من أجل خلق التجديد داخل المجتمع. ويعتقد أصحاب مفهوم المجتمعات الصحية بأن التغيير فى سياساتنا العامة لن يحدث إلا عندما يتكاتف الناس بعضهم مع بعض للمشاركة بصورة مباشرة فى العمل العام لمجتمعنا. ويرتبط أحد مرتكزات النجاح بمؤسسات المجتمع من خلال توظيف مهاراتها التنظيمية وعلاقاتها ومواردها المتنوعة ومصداقيتها لحث بقية أعضاء المجتمع من أجل تحريك القدرات الإبداعية وموارد المجتمع لتحسين مستوى الصحة والرفاهية. وتسعى المجتمعات الصحية، من خلال التركيز على تغيير الأنظمة، إلى خلق مشاركة واسعة من قبل المواطنين لتشجيع اللاعبين الجدد وقبول التنوع. كما يطمح هذا المفهوم إلى إيجاد علاقات تعاون حقيقية بين القطاع الخاص والحكومة والمنظمات غير الربحية والمواطنين تحفِّز إرادة المجتمع والإرادة السياسية للعمل معًا.

كما يحظى أيضًا مفهوم تطوير السياسة الصحية الموجه من قبل المجتمع (com-munity-based health policy development) باهتمام أكبر فى خضم علاقات التعاون والشراكة هذه. وتعمل السياسة العامة باعتبارها مرشدًا للتأثير فى القرارات والأفعال الحكومية على أى مستوى من السلطة مؤثرة بذلك فيما سوف يحدث(١٦). ومن أجل صحة ورفاهية المجتمعات، تبين السياسات اتجاهات رحبة نحو الأهداف المهمة متجاوزة العديد من ذوى المصالح المختلفة ومؤثرة على قطاع كبير من المجتمع. وتركز

السياسات على كل من الأهداف والوسائل لبلوغ تلك الأهداف، مؤثرة فى الغالب على سياسات المنظمات الفردية. وعلى مستوى المجتمع، يتوافر للسياسة الصحية العديد من الخيارات مثل خدمات صحية أكثر وأفضل لتوفير الاحتياجات التى لم يتم تلبيتها بعد فى المجتمع أو البحث عن التأييد من أجل الدعم الواسع النطاق بهدف تحسين الأوضاع المؤثرة على الصحة فى المجتمع. وعلى نحو متزايد، تقوم مبادرات الصحة العامة المنبثقة من المجتمع بمعالجة العوامل الاجتماعية والعوامل المرتبطة بالمجتمع العريضة حتى وهى تسعى لضمان سد الفجوات فى الخدمات بعض الشىء. والتجارب فى هذا الصدد عديدة ومتنوعة على الرغم من أن إحدى الروايات للدروس الرئيسية المستفادة حتى اليوم تشتمل على:

- الحاجة إلى مراقبة البيئة السياسة باستمرار؛ لأن كل قضية توجد فى محيط تاريخى يشمل التجارب الماضية حول قضايا مماثلة والظروف الحالية التى تحد من عدد الخيارات المتاحة.
- أهمية اختيار الأطر والمنابر والقنوات المناسبة للنقاش بحيث تطرح القضايا فى إطار المصلحة العامة بطرق تراعى معطيات البيئة الحالية.
- البراعة فى تصميم المقترحات السياسية التى تعرض مكاسب واضحة حتى بعد تقديم التنازلات مع أصحاب المصالح الآخرين فى العملية.
- أهمية التفاوض مع المؤيدين والمعارضين على حد سواء، لأن كلاً منهم يعتبر من أصحاب المصالح الرئيسيين فى عملية تطوير السياسة.
- ضرورة التأثير على المناخ الاجتماعى فى المجتمع من خلال التوظيف الفعال للرأى العام ووسائل الإعلام.

ويوجد ندرة فى الأبحاث التى تلقى الضوء على قيمة مبادرات تطوير السياسة الصحية الموجه من قبل المجتمع. وهناك بعض الدلائل التى تشير إلى أن الانتشار الواسع للبدء فى عمليات تحسين الصحة فى المجتمع تزيد من تكرار أن تأخذ عناصر رئيسية من تطوير السياسات حيز التنفيذ. وربما تكون وظيفة تطوير السياسات (policy development) هى أكثر وظائف الصحة العامة الأساسية تأثراً بعمليات تحسين الصحة فى المجتمع. وحدثت أكثر الزيادات فى أداء ممارسات معينة مرتبطة بوظائف الصحة العامة الأساسية فى تلك المتعلقة بتطوير السياسات، وبصفة عامة يتخلف المستوى الأساسى للمعايير الخاصة بتطوير السياسات عن تلك المرتبطة بوظائف التقييم (assessment) والتأمين (assurance) والتى لم تشهد بعد تطبيق عمليات تحسين الصحة فى المجتمع.

خاتمة: لماذا نحتاج إلى نظام صحة عامة أكثر فعالية؟

سوف توفر التسويات القضائية المختلفة فى عام ١٩٩٨م بين مجموعة من شركات التبغ الرئيسية ٢٥٠ بليون دولار أمريكى للولايات خلال فترة ٢٥ سنة. وقد نظر إلى هذه التسويات على أنها انتصار هائل للصحة العامة على واحد من أكثر أعدائها أهمية. وعلى الرغم من أن تلك التسويات، وحتى بدايات عام ٢٠٠٠م لم تحسم بعد، إلا أن الهيئات التشريعية فى الولايات وغيرها من المنابر فى الولايات قد تحركت بسرعة لمناقشة أفضل الاستخدامات لهذا الكسب المفاجئ. وكما هو متوقع، فإن الأساليب سوف تتفاوت من ولاية إلى أخرى، مع قيام الأغلبية بتوظيف بعض من هذه الأموال لدعم برامج الانقطاع عن تعاطى التبغ والوقاية من أخطاره. وتشير الدلائل الأولية إلى أن قدراً قليلاً يعادل ثلث أموال التسوية سوف يخصص للبرامج الصحية. ويمكن النظر لهذه الظروف على أنها قصة نجاح أو كجزء من رواية كاملة للفشل الذريع لجهود الصحة العامة فى معركتها ضد استخدام التبغ. لماذا تطلب الأمر ثلاثة عقود لتغيير مدارك وقيم الناس إلى الدرجة التى أصبحت فيه هذه التسوية أمراً لا مفر منه؟ وبدون الاهتمام الكافى بالدروس المستفادة من هذه القصة الزاخرة بالأعمال البطولية وبتقوية نظام الصحة العامة، سوف يكون التبغ الأول بين العديد من الأخطار الصحية التى تعالج بطريقة غير ملائمة والتى سوف يتم فى نهاية الأمر إجراء تسويات قضائية تفاوضية بصددها. وعندما ننظر إلى التسوية القضائية الخاصة بالتبغ على أنها إشارة لإخفاق الصحة العامة وإثبات على ضعف بنيتها التحتية الأساسية، يصبح هذا الكسب غير المتوقع، فى أفضل الأحوال، بمنزلة الانتصار الحلو الممزوج بالألم.

وتتحدى هذه القضية وغيرها من القضايا الرئيسية والتحديات التى تواجه مستقبل الصحة العامة التلخيص المبسط لها. وقد تعرض هذا الفصل لعدد من تلك القضايا والتحديات شملت تلك التى تمخضت عن الإنجازات ونواحى القصور فى ممارسة الصحة العامة فى القرن العشرين وغيرها التى طرحت فى تقرير معهد الطب، كما تعرضت الفصول الأخرى من الكتاب للعديد منها. أىٌ من تلك القضايا والتحديات الأكثر أهمية؟ فهذا سؤال تبقى الإجابة عليه موضع جدل. ولعله من المفيد لنا فيما لو توافرت قائمة رسمية تمثل إجماع صناع السياسة والرأى العام على حد سواء. ولكن وبسبب عدم وجود قائمة رسمية، نطرح هنا عدداً من الخلاصات العامة حول التحديات المهمة والعوائق التى

تعترض مستقبل الصحة فى الولايات المتحدة. وتوجز هذه الخلاصات بعضًا من الأفكار المهمة التى تضمنها هذا الكتاب فى وصف لماذا نحتاج إلى جهود صحة عامة أكثر فعالية.

المشكلات البسيطة تم حلها:

تحققت النجاحات الرئيسية من خلال جهود الصحة العامة عبر المائة والخمسين سنة الماضية، والتى ارتبطت على نحو كبير بالخفض الهائل فى الأمراض المعدية ولكنه يشمل أيضًا الانخفاض الكبير فى معدلات الوفاة الناجمة عن الإصابات وعدد من الأمراض المزمنة الرئيسية منذ حوالى ١٩٦٠م. وتشمل قائمة المشاكل الحالية للصحة العامة الأمراض المزمنة الأكثر صعوبة والأمراض الجديدة والناشئة والمشاكل الاجتماعية الأكثر شمولية ذات الآثار الصحية (ومن الأمثلة الجيدة فى هذا الصدد حمل المراهقات والعنف) والتى يتوافر فيها خطر قابل للتحديد وعوامل مساهمة يمكن معالجتها من خلال العمل الجماعى فقط. وقد ولت إلى غير رجعة أيام تطبيق أساليب الأمر والسيطرة (com-mand-and-control approaches) على أخطار معدية بسيطة نسبيًا. وفى الماضى، كان يمكن للإصحاح والهندسة البيئة أن يتعاونوا مع خبراء السيطرة على الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى لمعالجة مشاكل الصحة العامة المهمة. فى حين يتطلب التعاون اللازم للوقاية من العنف أو خفض استخدام التبغ مهارات وعلاقات مختلفة جداً.

بالنسبة للمطرقة، العالم كله يبدو وكأنه مسمار:

يكمن خلف هذا القول المأثور الاعتقاد بأن التعليم والخبرات العملية المشتركة تخلق وجهات النظر المهنية المشتركة. ويكمن الخطر هنا فى الاعتقاد بأن الأدوات الخاصة بمهنة ما هى كافية لمهمة التعامل مع جميع المشاكل والاحتياجات التى تقدم من قبل المهنة. ولدى كل مهنة القاعدة العلمية والمصطلحات الخاصة بها. وتعطى المشاكل مسميات أو تشخيصات باستخدام لغة المهنة المتخصصة لكى تسهل الاستعانة بأدوات المهنة لمعالجة تلك المشاكل. ولكن فى كثير من الأحيان تصبح تلك المشاكل خاضعة لنطاق وسيطرة تلك المهنة، وتصبح الإسهامات المحتملة للمهن والتخصصات الأخرى غير مرحب بها. وعلى الرغم من اختلاف المهنيين فى الصحة العامة فيما يتعلق بخلفياتهم التعليمية والعملية، فإنه يمكن لنا أيضًا أن نسقط فى هذا الفخ. وعندما نفعل، لا تبنى الجسور للشركاء الآخرين

ولا تقام علاقات التعاون. ونتيجة لذلك، تزدهر المشاكل التى يمكن معالجتها فقط من خلال الأساليب التعاونية المشتركة بين القطاعات المختلفة وتبقى بدون حل.

صديقك الحق هو الذى يقف إلى جانبك فى الشدائد:

يمكن أن يكون إيجاد الوسائل لبناء تلك الجسور عملية صعبة، ولكن يبدو بعض العلاقات التعاونية الرئيسية ضرورياً جداً لعمل الصحة العامة حتى تنجح. وبالتأكيد، فإنه يجب تحسين الروابط بين الصحة العامة والرعاية الطبية حتى يزدهرا معاً فى نظام صحى تعاد هيكلة مكوناته. وتمثل الروابط مع القطاع الخاص أيضاً مساراً آخر لعلاقات تعاونية متبادلة وناجحة. ويكمن الحل فى إيجاد نقاط التقاء رئيسية للأغراض المشتركة. وبالنسبة لمصالح الرعاية الطبية، فإن العامل المشترك هو أن الوقاية توفر المال وتكافئ أولئك الذين يستخدمونها كإستراتيجية استثمارية. وبالنسبة لمصالح القطاع الخاص، فإنه يجب تحسين المحصلة النهائية كما يجب على قطاع الأعمال أن يقبل بالافتراض القائل بأن تحسين الحالة الصحية فى التجمع السكانى يخدم محصلاته النهائية من خلال عمال يتمتعون بصحة أوفر وإنتاجية أكثر ومستهلكين ينعمون بصحة أوفر وثراء أكثر.

تحصل على ما تدفع ثمنه:

يوجد سبب مقنع جداً للتساؤل حول جدوى إستراتيجية الاستثمار الوطنية الحالية الخاصة بالخدمات الصحية. فقد أصبحت القدرة الفائضة التى تم إيجادها فى النظام الصحى الأمريكى باهظة التكاليف على نحو متزايد مما يحرم الكثيرين من الاستفادة منها، والنتيجة هى أنه لا شىء هناك يدعو للفخر. وعلى الرغم من ذلك لاتزال المنافسة محمومة على أموال إضافية بين المصالح الرئيسية التى تسيطر على صناعة الصحة، كما يوجد تحرك محدود جداً لتغيير التوازن الحالى بين الإستراتيجيات العلاجية والوقائية. ومع تسخير ٥٪ فقط من جميع النفقات الصحية لدعم وظائف الصحة العامة الأساسية والخدمات الحيوية و ١,٥٪ لدعم الوقاية الموجهة للسكان، فإنه يمكن لنا أن نجنى مكاسب جمة من مجرد إحداث تغييرات محدودة. أما الزعم بأن الموارد محدودة وأنه ببساطة لا توجد موارد كافية لتلبية الحاجات العلاجية إضافة للأغراض الوقائية فإنه خصوصية أمريكية فريدة وضار جداً بصحة الناس.

هذا ليس عملى:

لم يكن الوصف الوظيفى للصحة العامة واضحًا فى أى وقت مضى. ونتيجة لذلك، أصبحت الصحة العامة فى غاية الخبرة فى تقديم خدمات معينة فى ظل وجود قلة فى الاهتمام بتحريك الجهود نحو تلك العوامل التى تؤثر بصورة بالغة على الحالة الصحية فى التجمع السكانى. ومن بين العوامل التقليدية المرتبطة بالصحة، التبغ والكحول ونمط التغذية، هناك عوامل مسئولة عن معظم الإصابة والوفاة فى أمريكا الحديثة. وعلى الرغم من ذلك، فإن الموارد المخصصة لدعم التدخلات التى تستهدف هذه العوامل تعتبر قليلة جداً. وعلى نحو مماثل، يكمن السبب الرئيسى وراء النتائج الصحية السيئة نسبيًا فى أمريكا، مقارنة بغيرها من الدول المتقدمة، إضافة إلى أكثر المصادر المحتمل تحقيق مكاسب صحية إضافية من خلالها، في الفجوة الكبيرة والمتزايدة بين المجموعات العنصرية والعرقية. لذا فإنه يجب على نظام الصحة العامة، من المستوى القومى إلى مستوى الولايات والمحليات، ملاحظة هذه الظروف وتجاوزها، مقدمين الخدمات باقتدار للدفاع عن التأييد اللازم للجهود التى تستهدف أكثر العوامل الصحية التقليدية المنشئة للخطر أهمية وخلق هذا التأييد، وهذه العوامل هى التى تشجع السياسات الاجتماعية الهادفة إلى تحجيم ومعادلة الأخطار عبر جميع الفئات السكانية. والمهمة هى فى نفس بساطة اتباع القاعدة الذهبية (Golden Rule) ومعاملة الناس كما نحب أن نعامل؛ لأن الجهود لتحسين صحة الأخرين تجعل كل واحد يتمتع بصحة أكبر. ولا يمثل هذا وصفًا وظيفيًا جديداً للصحة العامة فى الولايات المتحدة، ولكنه إعادة التزام بتعهد قديم وناجح وضرورى.

أسئلة وتمارين للمناقشة

١- ما أكثر إنجازات الصحة العامة أهمية فى القرن العشرين؟ ولماذا؟

٢- ماذا سوف تكون أكثر إنجازات الصحة العامة أهمية فى القرن الحادى والعشرين؟ ولماذا؟

٣- إلى أى حد أثرت المياه المعالجة بالفلورايد فى صحة الأسنان فى الولايات المتحدة؟ إلى أى حد أثرت فى الموارد الخاصة برعاية صحة الأسنان مثل أطباء الأسنان وغيرهم من العاملين الصحيين والمستشفيات ومرافق الرعاية الإسعافية وتكاليف الرعاية الصحية الإجمالية؟

٤- إذا كانت التجارب الميدانية ذات العينات العشوائية تمثل المعيار الذهبى فى مجال البحوث، فلماذا لا يوجد تركيز أكبر على هذا النوع من أساليب البحث فى تقييم التدخلات الموجهة للمجتمعات؟

٥- مستخدمًا نظام تقييم يتراوح من ١ إلى ١٠، ما مدى فعالية نظام الصحة العامة فى الولايات المتحدة؟ وكيف توصلت إلى هذا التصنيف؟

٦- هل تتفق مع زعم معهد الطب بأن الصحة العامة هى نظام تسوده الفوضى أو مع الزعم المعارض القائل بأن الحكومة، وليس الصحة العامة، هى التى تسودها الفوضى؟

٧- ما تأثير مستقبل الصحة العامة (The Future of Public Health) على مجتمع الصحة العامة فى التسعينيات الميلادية؟

٨- ما وجه الاختلاف بين نماذج التخطيط الموجهة من قبل المجتمع الحالية وبين نماذج التخطيط المبنية على الموارد فى الماضى؟

٩- حسب رأيك، ما هى أكثر أدوار الصحة العامة الجديدة أو التى توسعت فى أدائها أهمية فى القرن الحادى والعشرين؟

١٠- يتوافر لدى الولاية التى تنتمى إليها ١٠٠ مليون دولار أمريكى من أموال التسوية القضائية مع شركات التبغ. ما هى الإستراتيجيات والبرامج التى يجب تمويلها؟ لماذا؟

١١- كيف تغير فهمك لماهية الصحة العامة وكيفية عملها بعد قراءاتك للمواضيع التى وردت فى هذا الكتاب؟

المراجع:

١- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Addressing *Emerging Infectious Disease Threats: A Prevention Strategy for the United States.* Atlanta, GA: U.S. Public Health Service (PHS); 1994.

٢- $40 million for bioterrorism preparedness. *Public Health Rep.* 1999; 114:491.

٣- CDC. Achievements in public health, United States, 1900-1999: Fluoridation of drinking water to prevent dental caries. *Morb Mortal Wkly Rep.* 1999; 48(41):933-940.

٤- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). *Healthy People 2010: understanding and Improving Health.* Washington, DC: DHHS-PHS; 2000.

٥- Institute of Medicine. *The Future of Public Health.* Washington, DC: National Academy Press; 1988.

٦- McKinlay JB, Marceau LD. To boldly go... *Am J Public Health.* 2000; 90:25-33.

٧- Minkler M. Ten commitments for community health education. *Health Edu Res Theory Pract.* 1994; 9(4):527-534.

٨- McKnight JL, Kretzmann J. Mapping community capacity. *New Designs.* 1992; Winter:9-15.

٩- Institute of Medicine. Improving Health in the Community: *A Role for Performance Monitoring.* Washington, DC: National Academy Press; 1997.

١٠- CDC/ATSDR Committee on Community Engagement. *Principles of Community Engagement.* Atlanta, GA: CDC; 1997.

١١- University of Kansas. *Community Tool Box.*<http://ctb.lsi.ukans.edu/ .Accessed 12 March 2000.

١٢- Public Health Foundation. *Healthy People 2010 Tool Kit.* Washington, DC: American Public Health Foundation; 1999.

١٣- National Association of County and City Health Officials (NACCHO). *Profile of Local Health Departments, 1996-1997 Data Set.* Washington, DC: NACCHO; 1997.

١٤- Berkowitz B. Collaboration for health improvement: Models for state, community, and academic partnerships. *J Public Health manage Pract.* 2000; 6(1):67-72.

١٥- Norris T. Healthy Communities. *Natl Civic Rev.* 1997; 86(1):3-10.

١٦- Milio N. Priorities and strategies for promoting community-based prevention policies. J Public Health Manage Pract. 1998; 4(3):14-28.

ملحق (أ)

تعريف المصطلحات الواردة فى الكتاب

الحصول على الخدمة (Access):

الإمكانية أو الدخول الفعلى لفئة سكانية فى النظام الصحى. ويعتمد هذا الدخول على الرغبات والموارد والحاجات التى يجلبها الأفراد إلى عملية البحث عن الرعاية الصحية. وربما تتأثر القدرة فى الحصول على الخدمات المرغوبة أو المطلوبة بالعديد من العوامل والتى تشتمل على المسافة التى يجب أن يقطعها الفرد للحصول على الخدمة ووقت الانتظار والموارد المالية المتاحة وتوفر مصدر منتظم للرعاية الصحية.

الأنشطة (Activities):

مهام محددة يجب إنجازها لكى تحقق عمليات البرنامج التشغيلية أهدافها.

مقاييس النشاط (Activity Measures):

هى مؤشرات عما إذا كانت أنشطة البرنامج قد أنجزت بنجاح.

السبب الحقيقى للوفاة (Actual Cause of Death):

هو محدد رئيسى أو عامل منشئ للخطر مرتبط بسبب مرضى أو تشخيصى للوفاة. على سبيل المثال، يمكن اعتبار استخدام التبغ سبباً حقيقياً أو فعلياً للوفيات الناتجة عن العديد من سرطانات الرئة.

المعدل المحسن أو الموحد (Adjusted Rate):

تحسين أو توحيد المعدلات (**standardization**) هى عملية إحصائية تقوم بإزالة أثر الاختلافات فى التركيبة السكانية. ويعتبر العمر هو العامل الأكثر استخداماً فى توحيد المعدلات وذلك بسبب أثره الواضح فى معدلات الوفاة والإصابة. وعلى سبيل المثال، يسمح معدل وفاة محسن حسب العمر لأى سبب ما بمقارنة أفضل بين فئات سكانية مختلفة وفى أوقات مختلفة لأنه يأخذ فى الاعتبار الفروقات فى التوزيع العمرى.

القانون الإدارى (Administrative Law):

هو مجموع اللوائح والأنظمة المعلنة من قبل الهيئات الإدارية العاملة فى الفرع التنفيذى من الحكومة والتى تحمل قوة القانون. ويمثل القانون الإدارى وضعاً فريداً فى كون السلطات التشريعية والتنفيذية والقضائية تمارس من قبل هيئة واحدة فى مراحل الإعداد وتطبيق وفرض الأنظمة واللوائح.

معدل الوفاة المحسن حسب العمر (Age-Adjusted Mortality Rate):

عدد الوفيات المتوقع الذى سوف ينتج فيما لو أن فئة سكانية ما كان لها نفس التوزيع العمرى الموجود فى الفئة السكانية المستخدمة كفئة قياسية، ويعبر عنه باستخدام الوفيات لكل ١,٠٠٠ أو ١٠٠,٠٠٠ نسمة.

الملاءمة (Appropriateness):

التدخلات الصحية التى يفوق فيها حجم المنافع الصحية المتوقعة حجم العواقب السلبية المحتملة بقدر كافٍ يبرر التدخل.

التقييم (Assessment):

إحدى الوظائف الأساسية الثلاث للصحة العامة. ويتطلب التقييم جمع وتحليل وتوفير المعلومات على نحو منتظم ومنظم حول صحة مجتمع معين وتشمل الإحصاءات عن الحالة الصحية والاحتياجات الصحية للمجتمعات والدراسات الوبائية وغيرها من الدراسات عن المشاكل الصحية.

بروتوكول التقييم للتميز فى الصحة العامة / تعبئة الجهود للتدخل من خلال التخطيط والمشاركة (Assessment Protocol for Excellence in Public Health (APEXPH))/(Mobilizing for Action through Planning and Partnerships (MAPP)):

عملية تطوعية للتقييم الذاتى من قبل المنظمات والمجتمعات ولإجراء التحسينات المخطط لها والتقييم وإعادة التقييم المستمرين. وتركز هذه العملية على ممارسة الصحة العامة على النطاق الواسع فى المجتمعات وتشمل دور إدارة الصحة فى المجتمع التى تعمل فيه والمشاكل الفعلية والملاحظة فى المجتمعات. كما أنها توفر عملية لتحسين الصحة فى المجتمع لتحديد الاحتياجات الصحية ووضع الأولويات وتطوير السياسات والتأكد من تلبية الاحتياجات الصحية.

الارتباط (Association):

علاقة بين حدثين أو أكثر أو بين عاملين أو أكثر. ويمكن القول بأن هناك ارتباطًا بين حدثين عند حدوثهما معًا على نحو أكثر تكرار مما يمكن أن يحدث بمجرد المصادفة. ووجود الارتباط لا يعنى بالضرورة وجود علاقة سببية (causal relationship).

التأمين (Assurance):

إحدى الوظائف الأساسية الثلاث للصحة العامة. ويتضمن التأمين طمأنة الجمهور أو الأنصار بأن العمل جارٍ لتوفير الخدمات الضرورية اللازمة لتحقيق الأهداف المتفق عليها، من خلال حث الآخرين على الفعل وطلب التدخل عن طريق وضع الأنظمة أو عن طريق توفير الخدمة بصورة مباشرة.

الخطر المنسوب (Attributable Risk):

الانخفاض النظرى فى معدل أو عدد الحالات لنتيجة سلبية والذى يمكن تحقيقه عن طريق تحييد أو إزالة العامل المنشىء للخطر. على سبيل المثال، إذا كان استخدام التبغ مسئولاً عن ٧٥٪ من جميع حالات سرطان الرئة فإن وقف استخدام التبغ سوف يؤدى إلى خفض معدلات الوفاة من سرطان الرئة بنسبة ٧٥٪ بمرور الوقت.

نظام مراقبة العوامل السلوكية المنشئة للخطر (Behavioral Risk Factors Surveillance System):

نظام وطنى لجمع البيانات يمول من قبل مراكز السيطرة والوقاية من المرض (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)) لتقييم مدى انتشار السلوكيات التى تؤثر فى الحالة الصحية. ومن خلال الجهود الفردية للولايات، يقوم العاملون فى مراكز السيطرة والوقاية من المرض بتنسيق عمليات جمع وتحليل وتوزيع البيانات المجمعة عن طريق المسوحات السكانية حول استخدام أحزمة السلامة وارتفاع ضغط الدم والنشاط البدنى والتدخين والسيطرة على الوزن وتعاطى الكحول والفحص للكشف عن سرطان الثدى وسرطان عنق الرحم والإيدز (AIDS) بالإضافة إلى غيرها من المعلومات المرتبطة بالصحة.

الإمكانية (Capacity):

القدرة على تأدية الوظائف الأساسية للصحة العامة. (راجع أيضاً البنية التحتية (Infrastructure)).

دفع مبلغ مالى عن كل شخص (Capitation):

طريقة للدفع مقابل الخدمات الصحية يتم فيها تعويض مقدم الخدمة بأن يدفع له مبلغ ثابت عن كل شخص مستفيد من الخدمة، بغض النظر عن عدد أو طبيعة الخدمات المقدمة

لكل شخص خلال فترة زمنية محددة. وتعتبر طريقة الدفع هذه خاصية مميزة لطريقة الدفع فى منظمات صيانة الصحة (health maintenance organizations (HMOs)).

إدارة الحالة (Case Management):

مراقبة وتنسيق الخدمات المقدمة للأفراد ذوى المشاكل المحددة أو الأفراد الذين يتطلبون خدمات عالية التكلفة أو خدمات مكثفة.

سبب الوفاة (Cause of Death):

لأغراض الإحصائيات الوطنية للوفاة، كل وفاة يجب أن تنسب إلى مرض أو حالة رئيسية واحدة بناء على المعلومات المكتوبة فى شهادة الوفاة وباستخدام القواعد العالمية لاختيار السبب الرئيسى للوفاة من الأمراض أو الحالات المدونة فى شهادة الوفاة.

السببية (Causality):

العلاقة بين الأسباب والآثار الناجمة عنها. ويمكن التمييز بين عدة أنواع من الأسباب. ويوصف السبب بأنه ضرورى (necessary) عندما يجب أن يسبق متغير معين أثراً ما على نحو دائم. ولا يتطلب هذا أن يكون الأثر هو النتيجة الوحيدة لذلك المتغير الواحد. ويوصف السبب بأنه كافٍ (sufficient) إذا كان لا بد لمتغير معين أن ينشأ أو ينتج أثر ما. ومن الممكن لأى سببٍ ما أن يكون ضرورياً أو كافياً أو ليس ضرورياً ولا كافياً أو ضرورياً وكافياً فى آن واحد.

مراكز السيطرة والوقاية من المرض (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)):

تقع مراكز السيطرة والوقاية من المرض فى مدينة أطلانطا (Atlanta) فى ولاية جورجيا (Georgia) وهى الهيئة الفيدرالية الموكل إليها حماية الصحة العامة فى الولايات المتحدة من خلال القيام بدور الموجه فى مجال الوقاية والسيطرة على الأمراض المعدية وغيرها من الأمراض والاستجابة للطوارىء فى الصحة العامة. وقد توسعت مهام مراكز السيطرة والوقاية من المرض بحكم كونها المؤسسة الوقائية فى الدولة عبر السنين وسوف

تستمر فى التوسع، نظراً لدورها فى مواجهة التهديدات المعاصرة للصحة مثل الإصابة والأخطار البيئية والمهنية والمخاطر السلوكية والأمراض المزمنة والأمراض المعدية الناشئة حديثًا مثل فيروس إيبولا (Ebola virus).

التصديق (Certification):

العملية التى تقوم بموجبها هيئة أو رابطة ما بمنح الاعتراف لطرف آخر نظراً لتوافر بعض المؤهلات المحددة سلفًا من قبل تلك الهيئة أو الرابطة.

المرض المزمن (Chronic Disease):

مرض تتوافر فيه واحدة أو أكثر من الخصائص التالية: أن يكون دائمًا ويترك إعاقة كأثر وناتج بسبب تغير مرضى متعذر إعادته إلى حالته الطبيعية ويتطلب تدريبًا خاصًا للمريض لإعادة التأهيل وربما يتطلب فترة طويلة من الإشراف والملاحظة والرعاية.

أدلة الممارسة الإكلينيكية (Clinical Practice Guidelines):

عبارات مصوغة فى نظام أو مجموعة متماسكة من الأفكار والمبادىء التى تساعد فى اتخاذ القرارات من قبل الممارس والمريض حول ملاءمة الخدمات الصحية لحالات إكلينيكية معينة.

الخدمات الإكلينيكية الوقائية (Clinical Preventive Services):

الخدمات الإكلينيكية المقدمة للمرضى للتخفيف أو الوقاية من المرض والإصابة والإعاقة. وهى خطوات وقائية (تشمل اختبارات الكشف عن الأمراض والتحصينات والاستشارة الطبية والفحوصات البدنية الدورية) المقدمة من المختص الصحى للمريض.

المجتمع (Community):

مجموعة من الناس تتوافر لديهم خصائص مشتركة. ويمكن تحديد المجتمعات باستخدام الموقع والعرق والأصل والعمر والمهنة والاهتمام بمشاكل أو نتائج معينة أو غيرها من الروابط المشتركة. ومن الناحية المثالية، يُفضَّل أن يتوافر للمجتمع أصول وموارد بالإضافة إلى قرار جماعى وآلية لصناعة القرار والفعل.

عملية تحسين صحة المجتمع (Community Health Improvement Process):

جهد منظم لتقييم الاحتياجات والأصول الخاصة بالمجتمع ووضع أولويات للمشاكل والقضايا ذات العلاقة بالصحة وتحليل المشاكل بالنظر إلى العوامل المسببة لها وتطوير إستراتيجيات تدخل مبنية على الحقائق وعلى التحليل الأولى للمشاكل وربط المهتمين بالجهود التنفيذية من خلال مراقبة الأداء وتقييم أثر التدخلات فى المجتمع.

تحديد احتياجات المجتمع (Community Needs Assessment):

أسلوب رسمى للتعرف على الاحتياجات الصحية والمشاكل الصحية فى المجتمع. ومن الممكن استخدام مجموعة متنوعة من الأدوات أو الآليات. والمتطلب الضرورى هنا هو إشراك المجتمع والمشاركة التعاونية.

الخدمات الوقائية فى المجتمع (Community Preventive Services):

التدخلات الموجهه للسكان لخفض أو الوقاية من المرض والإصابة والإعاقة. وهى تدخلات وقائية تستهدف جميع السكان وليس الأفراد.

حالة أو مرض (Condition):

الحالة الصحية هى ابتعاد عن الحالة البدنية أو العقلية للعافية. والضعف هو حالة صحية تشتمل على علل صحية مزمنة أو دائمة ناتجة عن المرض والإصابة والتشوهات الخلقية المصاحبة للحمل. ويتم ترميز جميع الحالات الصحية ما عدا حالات الضعف وفق نظام تصنيف دولى. ويمكن التمييز بين نوعين من الحالات حسب طول فترة بقائها: الحالات الحادة (acute) والحالات المزمنة (chronic).

العامل المساهم (Contributing Factor):

عامل منشىء للخطر (عامل سببى) يرتبط بمستوى محدد ما (determinant) وترتبط العوامل المساهمة المباشرة (direct contributing factors) مع مستوى المحددات (de-terminants) فى حين ترتبط العوامل المساهمة غير المباشرة (indirect contributing factors) بمستوى العوامل المساهمة المباشرة.

الوظائف الرئيسية (Core Functions):

الأدوار الأساسية الثلاثة للصحة العامة التى تعمل على خلق أوضاع يكون الناس فيها أصحاء. وحسب ما تم تحديده فى تقرير معهد الطب (Institute of Medicine) حول مستقبل الصحة العامة (The Future of Public Health) الذى يمثل نقطة تحول فى تاريخ الصحة العامة، فإن هذه الوظائف هى: التقييم (assessment) وتطوير السياسات (policy development) والتأمين (assurance).

تحليل التكلفة والعائد (Cost-Benefit Analysis):

تحليل اقتصادى يتم من خلاله تحويل جميع التكاليف والعوائد إلى قيم مالية (دولار مثلاً) والتعبير عن النتائج بعوائد مقدرة بالدولار لكل دولار تم إنفاقه.

تحليل فعالية التكلفة (Cost-Effectiveness Analysis):

تحليل اقتصادى يعبر عنه بنتيجة صحية لكل تكلفة أنفقت.

تحليل منفعة التكلفة (Cost-Utility Analysis):

تحليل اقتصادى يعبر عنه بنتيجة معدلة حسب الجودة (quality -adjusted out-come) لكل تكلفة صافية أنفقت.

معدل الوفاة الخام (Crude Mortality Rate):

العدد الكلى للوفيات لكل وحدة من السكان تم الإبلاغ عنها خلال فترة زمنية معينة، وعادة ما يعبر عنها بعدد الوفيات لكل ١,٠٠٠ أو ١٠٠,٠٠٠ نسمة.

تحليل القرار (Decision Analysis):

أسلوب تحليلى توظف فيه نظرية الاحتمالات (probability theory) للحصول على أسلوب كمى لاتخاذ القرارات.

البيانات السكانية (Demographics):

بيانات حول الخصائص مثل الحجم والنمو والكثافة والتوزيع والإحصاءات الحيوية التى تستخدم لدراسة التجمعات السكانية الإنسانية.

البيئات التجريبية (Demonstration Settings):

بيئة سكانية أو إكلينيكية يتم فيها تجريب أو اختبار الإستراتيجيات الوقائية على أرض الواقع لأول مرة.

المحدد (Determinant):

عامل رئيسى منشىء للخطر (عامل سببى) يرتبط بمستوى المشكلة الصحية. على سبيل المثال، يؤثر مستوى المحدد فى مستوى المشكلة الصحية.

الحد من الإعاقة (Disability Limitation):

إستراتيجية تدخل تسعى لوقف المرض والقضاء عليه، أو تسعى للحد من الإعاقة وتعمل على الوقاية من الوفاة، أو تسعى لكليهما معاً.

الخصم (Discounting):

طريقة لتعديل القيمة المستقبلية للتكاليف والعوائد. ويعبر عنها بالقيمة الحالية للدولار. ويعتمد الخصم على القيمة المستقبلية للنقود (على سبيل المثال، يساوى الدولار اليوم أكثر مما سوف يساويه بعد سنة من الآن حتى ولو لم يأخذ معدل التضخم بعين الاعتبار).

الآثار التوزيعية (Distributional Effects):

الأسلوب الذى تؤثر به التكاليف والعوائد لإستراتيجة ما على المجموعات المختلفة من الناس بمدلولات الخصائص السكانية والموقع الجغرافى وغيرها من العوامل الوصفية.

الكشف المبكر عن الحالة والعلاج (Early Case Finding and Treatment):

إستراتيجية تدخل تسعى لتحديد المرض أو العلة فى مرحلة مبكرة حتى يستطيع العلاج السريع أن يخفف الآثار المترتبة عن حالة المرض.

الفعالية (Effectiveness):

التحسن فى النتيجة الصحية الذى تستطيع أن تحققه إستراتيجية ما فى بيئات المجتمعات النموذجية. وهى أيضاً الدرجة التى تحققت بها الأهداف.

الكفاية (Efficacy):

التحسن فى النتيجة الصحية الذى تستطيع أن تحققه إستراتيجية ما بواسطة الخبراء فى ظل الظروف المثالية.

الوباء (Epidemic):

ظهور المرض أو الحالة المرضية بمعدلات أعلى من المعدلات الطبيعية بين السكان.

علم الأوبئة (Epidemiology):

دراسة توزيع المحددات والسوابق للصحة والمرض فى المجتمعات الانسانية. والهدف النهائى هو تحديد الأسباب الرئيسية للمرض ومن ثم توظيف الاكتشافات العلمية للوقاية من المرض وتعزيز الصحة.

الشريشيات القولونية (Escherichia coli (E. coli) O157:H7):

كائنات بكترية ممرضة من الممكن أن تصيب الإنسان وتسبب إسهالات حادة مصحوبة بالدم (مثل التهاب القولون النزفى (hemorrhagic colitis)) وأمراض الجهاز البولى الخطيرة (مثل متلازمة حل الدم الأوريمى (hemolytic uremic syndrome)).

خدمات الصحة العامة الحيوية (Essential Public Health Services):

هى عملية إضفاء الصبغة الرسمية على العمليات المستخدمة فى الصحة العامة للوقاية من الأوبئة والإصابات والحماية من الأخطار البيئية وتعزيز السلوكيات الصحية والاستجابة للكوارث وضمان الجودة والوصول للخدمات الصحية: وقد تم تحديد عشر خدمات حيوية:

- مراقبة الحالة الصحية لتحديد المشاكل الصحية فى المجتمع.
- تشخيص وتقصى المشاكل والمخاطر الصحية فى المجتمع.
- إعلام وتثقيف وتزويد الناس بالوسائل اللازمة حول المسائل الصحية.
- حشد الجهود التعاونية لتحديد المشاكل الصحية وإيجاد الحلول لها.
- تطوير السياسات والخطط التى تدعم الجهود الصحية الفردية والجهود الصحية للمجتمعات.
- تطبيق القوانين والأنظمة التى تحمى الصحة وتضمن السلامة.

- ربط الناس بالخدمات الشخصية الصحية التى يحتاجون إليها وضمان توفير الرعاية الصحية فى حالة عدم توافرها.
- ضمان قوى عاملة مؤهلة فى مجال الصحة العامة والرعاية الشخصية الصحية.
- تقييم الفعالية (effectiveness) والوصول إلى وجودة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والمجتمعات.
- إجراء الأبحاث لإيجاد أفكار جديدة وحلول مبتكرة للمشاكل الصحية.

المركز الصحى فى المجتمع الممول فيدراليا (Federally Funded Community Health Center):

برنامج للرعاية الصحية الخارجية (منصوص عليه تحت الفقرة رقم ٣٣٠ من قانون مصلحة الصحة العامة (Section 330 of the Public Health Service Act)) يخدم عادة منطقة تكون فيها الخدمات الصحية نادرة أو غير موجودة أو يخدم مجتمعات ذات احتياجات خاصة ويعرف فى بعض الأحيان بمركز الصحة فى الحى (neighborhood health center). وتعمل المراكز الصحية فى المجتمعات على تنسيق الموارد الاتحادية وموارد الولايات والمحليات فى منظمة واحدة تتوافر لها القدرة على تقديم الخدمات الصحية والخدمات الاجتماعية المرتبطة بها لفئة سكانية محددة. وعلى الرغم من عدم قدرة مثل هذا المركز على توفير جميع أنواع الرعاية الصحية، إلا أنه يتولى عادة المسئولية فى العمل على توفير جميع الخدمات الطبية للمرضى فى الفئة السكانية التى يقوم بتوفير الخدمات لها.

نموذج الحقل (Field Model):

إطار لتحديد العوامل التى تؤثر فى الحالة الصحية فى المجتمع. فى البداية، تم تحديد أربعة حقول: علم الأحياء (biology) ونمط المعيشة (lifestyle) والبيئة (environment) والخدمات الصحية (health services). ومن خلال التوسع فى هذا الأسلوب، تم أيضًا تحديد عوامل وراثية واجتماعية وثقافية وتم ربط تلك العوامل بالعديد من النتائج والتى تشمل المرض وتأدية الوظائف بشكل طبيعى والعافية والرخاء.

المرض المنتقل بواسطة الغذاء (Food-Borne Illness):

المرض المسبب عن طريق انتقال الكائنات المرضة أو المسممات من الغذاء الى الإنسان.

الفقرات الشرطية العامة المتعلقة بالرفاهية الاجتماعية (General Welfare Provisions):

صيغ لغوية محددة فى دستور الولايات المتحدة (Constitution of United States) تخول للحكومة الاتحادية أن تقوم بتوفير كل ما من شأنه تحقيق الرفاهية الاجتماعية الشاملة للسكان. وعبر الوقت، استخدمت هذه الفقرات الشرطية فى الدستور الأمريكى باعتبارها أساساً للسياسات الصحية والبرامج الاتحادية.

الأهداف (Goals):

بالنسبة لبرامج الصحة العامة، تمثل الأهداف جملاً عامة تعبر عن التطلعات أو الآثار المقصودة تجاه واحدة أو أكثر من المشاكل الصحية. وعادة ما تصاغ الأهداف بدون تحديد فترة زمنية لبلوغها.

التواجد الحكومى فى الصحة على المستوى المحلى (Governmental Presence in Health at the Local Level):

مفهوم يدعو إلى تأكيد توافر الخدمات الضرورية ووجود حد أدنى من المعايير لمعالجة المشاكل الصحية ذات الأولوية فى المجتمعات. وترجع هذه المسئولية فى نهاية الأمر إلى الحكومة المحلية والتى قد توظف مؤسسات الصحة العامة المحلية أو غيرها من الوسائل للقيام بها.

خفض الضرر (Harm Reduction):

يمثل خفض الضرر مجموعة من الإستراتيجيات العملية التى تعكس الاحتياجات الفردية واحتياجات المجتمع التى تتوجه للأفراد ذوى السلوكيات المنشئة للخطر فى أماكن تواجدهم لمساعدتهم فى تخفيف أى آثار سلبية مرتبطة بسلوكياتهم المنشئة للخطر.

الصحة (Health):

حالة من الكمال البدنى والعقلى والاجتماعى وليس مجرد غياب المرض والوهن. ولكن هناك إدراك بأن الصحة تتضمن عدداً من الأبعاد (تشريحى وفسيولوجى وعقلى) وتلعب الثقافة دوراً كبيراً فى تحديدها. فالأهمية النسبية لجوانب العجز المختلفة سوف تتفاوت

حسب الوسط أو المحيط الثقافى وحسب دور الشخص المصاب فى تلك الثقافة. وقد ركزت معظم المحاولات الرامية لقياس الصحة على قياسها بمدلولات الإصابة والوفاة.

إدارة تمويل الرعاية الصحية (Health Care Financing Administration (HCFA)):

الإدارة الحكومية التابعة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (U.S. Department of Health and Human Services) التى تتولى الإشراف على برنامج الرعاية الصحية الخاص بالمسنين (Medicare) وبرنامج الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين (Medicaid) الفصلين الثامن عشر (Title XVIII) والتاسع عشر (Title XIX) من قانون الضمان الاجتماعى (Social Security Act) وتقوم بإجراء البحوث لدعم تلك البرامج.

التثقيف الصحى (Health Education):

أى مجموعة مؤلفة من الفرص التعليمية المصممة لتسهيل التكيف الاختيارى للسلوك (فى الأفراد والمجتمعات) بشكل يفضى إلى الصحة الجيدة. ويحث التثقيف الصحى على تبنى السلوكيات الصحية الإيجابية.

منظمات صيانة الصحة (Health Maintenance Organizations (HMOs)):

مؤسسات تقوم بكل من إدارة وتمويل تقديم الخدمات الصحية للأعضاء المشتركين فيها. وعادة ما تكون الرسوم مبنية على دفع مبلغ مالى عن كل شخص (capitation) وتتم إدارة مقدمى الرعاية الصحية لغرض خفض التكاليف من خلال أساليب تحكم فى استخدام الخدمات المشمولة بالتأمين.

التخطيط الصحى (Health Planning):

التخطيط الذى يعنى بتحسين الصحة سواء كان التخطيط شاملاً لجميع أفراد المجتمع أم مقصوراً على فئة سكانية معينة أم على نوع معين من الخدمات الصحية أم على هيئة معينة أو برنامج صحى معين. وتشتمل عناصر التخطيط الصحى على جمع وتحليل البيانات وتحديد الهدف وصياغة توصيات بالفعل اللازم وإستراتيجية للتطبيق.

السياسة الصحية (Health Policy):

تهتم السياسة الاجتماعية بالعملية التى تقوم بموجبها مؤسسات الصحة العامة بتقييم وتحديد الاحتياجات الصحية وأفضل السبل لتلبيتها والتى تشتمل على تحديد الموارد المناسبة وآليات التمويل.

المشكلة الصحية (Health Problem):

وضع أو حالة للناس (يعبر عنها بمقاييس المخرجات الصحية مثل الإصابة والوفاة أو العجز) غير مرغوب فيها ومن المرجح أن تظل قائمة فى المستقبل.

تحليل المشكلات الصحية (Health Problems Analysis):

إطار لتحليل المشاكل الصحية لتحديد العوامل المحددة لها والعوامل المساهمة فيها، بحيث يمكن توجيه التدخلات على نحو عقلانى تجاه تلك العوامل التى يرجح أن تخفف من حدة المشكلة الصحية.

تعزيز الصحة (Health Promotion):

إستراتيجية تدخل تسعى لتحييد أو خفض التعرض للعوامل الضارة من خلال تغيير السلوكيات الانسانية. أى مجموعة من التثقيف الصحى والتدخلات التنظيمية والسياسية والاقتصادية المرتبطة به والمصممة لتسهيل عملية التكيف السلوكى والبيئى الذى يؤدى إلى حماية الصحة وتحسينها. وتمكن هذه العملية الأفراد والمجتمعات من التحكم فى حالتهم الصحية وتحسينها. وتتيح أساليب تعزيز الصحة الفرص للناس لتحديد المشاكل وإيجاد الحلول والعمل فى علاقات تعاونية تقوم على المهارات ومصادر القوة المتاحة.

الحماية الصحية (Health Protection):

إستراتيجية تدخل تسعى لتزويد الأفراد بالمناعة ضد العوامل الضارة غالبًا عن طريق إحداث تغيير فى البيئة لخفض التفاعلات الضارة المحتملة. وهذه الخدمات المقدمة لجميع السكان تعمل على خفض تعرض أفراد المجتمع للمخاطر والظروف والعوامل البيئة أو الشخصية التى قد تسبب المرض والعجز والإصابة أو الوفاة وتتحكم فى ذلك. وتشتمل

الحماية الصحية أيضًا على البرامج التى تضمن توفر خدمات الصحة العامة على مدار الساعة للاستجابة لحالات الصحة العامة الطارئة وتقوم بتنسيق استجابات المنظمات العاملة على المستوى المحلى وعلى مستوى الولاية والمستوى الاتحادى.

تنظيم الصحة (Health Regulation):

مراقبة وضمان جودة الخدمات الصحية من خلال منح التراخيص وتأديب العاملين فى المهن الصحية والترخيص للمرافق الصحية وتطبيق المواصفات والأنظمة.

مؤشرات الحالة الصحية (Health Status Indicators):

مقاييس للحالة الصحية لشخص أو مجموعة أو فئة سكانية محددة. ويمكن أن تقاس الحالة الصحية من خلال مدلولات تقريبية مثل التقييمات غير الموضوعية المقدمة من الأفراد عن حالتهم الصحية أو عن طريق واحد أو أكثر من مؤشرات الإصابة والوفاة فى المجتمع مثل طول العمر أو وفيات الأمهات والرضع أو عن طريق معدل حدوث أو انتشار الأمراض الرئيسية (المعدية والمزمنة أو أمراض سوء التغذية). ومن ناحية المفهوم، تعتبر الحالة الصحية هى مقياس المخرجات المناسب لفعالية نظام صحى معين على الرغم من أن المحاولات التى بذلت لربط الآثار المترتبة عن توافر الرعاية الطبية بالتغيرات فى الحالة الصحية قد أثبت صعوبة هذه المهمة.

النظام الصحى (Health System):

كما استخدم فى هذا الكتاب، النظام الصحى هو مجموع الإستراتيجيات المصممة للوقاية من أو معالجة المرض والاصابة وغيرها من المشاكل الصحية. ويشمل النظام الصحى على الخدمات الوقائية المقدمة فى المجتمعات والخدمات الاكلينيكية الوقائية وغيرها من خدمات الرعاية الطبية الأولية وجميع مستويات العلاج الأكثر تقدمًا وخدمات رعاية الأمراض المزمنة.

المجتمعات الصحية للعام ٢٠١٠ (Healthy Communities 2010):

إطار لتطوير وملاءمة الأهداف الصحية للمجتمع بحيث يمكن متابعة تلك الأهداف كجزء

من المبادرة الرامية لتحقيق الأهداف القومية الصحية التى تضمنها جدول العمل الخاص لبرنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠م.

الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠ (Health People 2010):

جدول العمل القومى للوقاية من المرض وتعزيز الصحة الذى يشتمل على ٤٧٦ هدفًا صحيًا قوميًا ليتم بلوغها بحلول العام ٢٠١٠م، والتى تعالج تحسين الحالة الصحية وخفض الخطر واستخدام الخدمات الصحية الوقائية.

الهدف الخاص بالأثر (Impact Objective):

مستوى المحدد (determinant) المطلوب تحقيقه من خلال العمليات والأنشطة التى تشملها إستراتيجية التدخل. وعادة ما تكون الأهداف الخاصة بالأثر ذات مدى متوسط الأجل (٢-٥ سنوات) ويجب أن تكون قابلة للقياس وواقعية.

معدل حدوث المرض أو الاصابة (Incidence):

مقياس للمرض أو الإصابة فى التجمع السكانى، وعادة ما يعبر عن عدد الحالات الجديدة الناشئة خلال فترة زمنية محددة.

المؤشر (Indicator):

مقياس للحالة الصحية أو للنتيجة الصحية.

معدل وفيات الرضع (Infant Mortality Rate):

عدد المواليد الأحياء الذين ماتوا قبل بلوغهم السنة الأولى من العمر لكل ١٠٠٠ مولود حى، وعادة ما يقسم إلى عنصرين: وفيات المواليد الجدد (neonatal mortality) (الوفيات قبل بلوغ ٢٨ يومًا لكل ١,٠٠٠ مولود حى) ووفيات ما بعد الولادة (post-neonatal mortality) (وتشمل الوفيات من عمر ٢٨ يومًا وحتى بقية السنة الأولى من العمر لكل ١,٠٠٠ مولود حى).

المرض المعدى (Infectious Disease):

مرض ناتج عن دخول كائنات حية إلى الجسم (مثل البكتيريا والأوليات أو الكائنات وحيدة الخلية والفطريات والفيروسات) ومن ثم نموها وتكاثرها. وعادة ما يُستخدم هذا المصطلح مرادفًا للمرض المنتقل عن طريق العدوى (communicable disease).

البنية التحتية (Infrastructure):

النظم والعناصر والعلاقات والموارد التى تمكن من القيام بوظائف الصحة العامة الأساسية والخدمات الحيوية فى كل مجتمع. وتشتمل تصنيفات البنية التحتية على الموارد البشرية والتنظيمية والمعلوماتية والمالية.

المدخلات (Inputs):

يطلق عليها فى بعض الأحيان الإمكانيات (capacities) وتشمل الموارد البشرية والموارد المادية والمالية والموارد المعلوماتية والموارد التنظيمية اللازمة لأداء الوظائف الأساسية للصحة العامة.

التدخل (Intervention):

مصطلح شامل يستخدم فى حقل الصحة العامة لوصف برنامج أو سياسة مصممة لإحداث أثر على المشكلة الصحية. فعلى سبيل المثال، يعتبر القانون الإجبارى الذى يفرض استخدام حزام السلامة بمنزلة تدخل مصمم لخفض معدل حدوث الوفيات المرتبطة بحوادث السيارات. وهناك خمسة أنواع للتدخلات الصحية هى:

١- تعزيز الصحة (health promotion).

٢- الحماية الخاصة (specific protection).

٣- الكشف المبكر عن الحالات والعلاج الفورى (early case finding and prompt treatment).

٤- الحد من العجز (disability limitation).

٥- إعادة التأهيل (rehabilitation).

الأسباب الرئيسية للوفاة (Leading Causes of Death):

تلك التصنيفات التشخيصية للمرض التى غالبًا ما تكون مسئولة عن الوفيات، وعادة ما يقترن هذا المصطلح بالأسباب العشرة الأولى للوفاة (the top 10 causes of death).

المؤشرات الصحية الرئيسية (Leading Health Indicators):

مجموعة من المقاييس المرتبطة بالصحة والتى تعكس الاهتمامات الرئيسية للصحة العامة فى الولايات المتحدة. وقد تم اختيارها لمتابعة التقدم الذى تم إحرازه نحو تحقيق أهداف برنامج الناس الأصحاء للعام ٢٠١٠. وتغطى هذه المؤشرات عشرة اهتمامات صحية: النشاط البدنى والوزن الزائد عن المعدل الطبيعى أو البدانة واستخدام التبغ وتعاطى المواد المخدرة والسلوك الجنسى المسئول والصحة النفسية والإصابة والعنف وجودة البيئة والتحصينات والحصول على الرعاية الصحية.

العمر المتوقع (Life Expectancy):

عدد سنوات العمر الإضافية المتوقعة عند نقطة زمنية معينة مثل عند الولادة أو عند بلوغ ٤٥ سنة.

إدارة الصحة المحلية ((Local Health Department (LHD):

وظيفيًا، هى مؤسسة صحية محلية (تعمل على مستوى الإقليم أو أقاليم متعددة أو محلة أو قرية أو غيرها) تدار من قبل الحكومة المحلية، وغالبًا ما تكون تحت إشراف وتوجيه مجلس صحة محلى، وتقوم بأداء وظائف الصحة العامة الأساسية ضمن منطقة جغرافية محددة. ومن التعريفات التقليدية لهذا المصطلح: هيئة تقدم خدماتها فى منطقة أقل من ولاية كاملة تقوم بأداء بعض المسئوليات الصحية ويتوافر لديها موظف متفرغ (full-time employee) واحد على الأقل وميزانية محددة.

السلطة الصحية المحلية ((Local Health Jurisdiction (LHJ):

وحدة من حكومة محلية (إقليم أو أقاليم متعددة أو محلة أو قرية أو غيرها) وغالبًا ما تخضع لإشراف وتوجيه مجلس صحة محلى ويتوافر لها إدارة صحة محلية محددة تقوم بأداء وظائف الصحة العامة الأساسية ضمن منطقة جغرافية محددة.

سلطة الصحة العامة المحلية (Local Public Health Authority):

الهيئة الموكل إليها مسئولية تلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع. وعادة ما تكون هى الهيئة الصانعة للسياسة/الحاكمة والوحدة الإدارية التابعة لها هى إدارة الصحة المحلية. وربما تتركز السلطة فى الهيئة الصانعة للسياسة/الحاكمة وربما تكون سلطة على مستوى المدينة أو الإقليم أو المنطقة وربما تتركز فى تشريع صادر من الولاية. وتتمتع بعض سلطات الصحة العامة المحلية بالاستقلالية عن الوحدات الحكومية الأخرى فى حين لا يتمتع البعض الآخر بهذه الاستقلالية.

نظام الصحة العامة المحلى (Local Public Health System):

مجموعة من المنظمات العامة والخاصة التى لديها اهتمامات بالشئون المحلية وتسهم فى الصحة العامة على المستوى المحلى. وتشتمل على منظمات أكثر من مجرد مؤسسة الصحة العامة المحلية.

الرعاية الصحية الاقتصادية (Managed Care):

نظام للتحكم الإدارى يهدف إلى خفض التكاليف من خلال ادارة استخدام الخدمات. وتعنى الرعاية الاقتصادية أيضًا نظامًا متكاملاً من التأمين الصحى والتمويل وتقديم الخدمات الصحية يركز على مدى ملاءمة وفعالية تكلفة استخدام الخدمات الصحية المقدمة من خلال شبكة محددة من مقدمى الخدمة مع وجود نظام لتوزيع الخسائر المالية.

المقياس (Measure):

مؤشر للحالة الصحية أو النتيجة الصحية يُستخدم فى هذا الكتاب مرادفًا لمصطلح مؤشر (indicator).

قانون الرعاية الصحية الخاص بالمعوزين (Medicaid):

برنامج مساعدة فيدرالى يُشغَّل ويدار من قبل الولاية ويقدم الخدمات الطبية الأساسية لفئات من السكان ذوى الدخول المنخفضة المشمولين بموجب القانون. وقد تأسس من خلال إدخال تعديلات على قانون الضمان الاجتماعى (Social Security Act) فى عام ١٩٦٥م

ضمنت فى الفصل التاسع عشر (Title XIX) من القانون. ولكن البرنامج لا يغطى جميع الفقراء وإنما هو مقصور على الأفراد الذين تتوافر فيهم شروط قبول معينة. وتتولى الولايات تحديد الخدمات التى يغطيها البرنامج وشروط الالتحاق بالبرنامج ومعدلات الدفع لمقدمى الخدمات وأساليب إدارة البرنامج وذلك فق سياسات فيدرالية واسعة.

قانون الرعاية الصحية الخاص بالمسنين (Medicare):

هو برنامج تأمين صحى للمسنين تأسس من خلال إدخال تعديلات على قانون الضمان الاجتماعى (Social Security Act) فى عام ١٩٦٥م ضمنت فى الفصل الثامن عشر (Title XVIII) من القانون.

التحليل اللاحق (Meta-Analysis):

طريقة كمية منظمة لجمع المعلومات من عدة دراسات للوصول إلى إجابة مفيدة لسؤال ما. ويؤدى تقييم أساليب أو مقايسس نتائج مختلفة إلى زيادة قوة الاختبار الإحصائى ويأخذ فى الاعتبار التحيز المحتمل فى إجراءات الدراسة وغيره من العوامل التى تؤثر فى موضوعية الدراسات والأبحاث العلمية.

الممارسون ذوو المستوى المتوسط (Midlevel Practitioners):

مقدمو الخدمات الصحية من غير الأطباء مثل المرضين – أو المرضات – الممارسين (nurse practioners) ومساعدى الأطباء (physician assistants).

الرسالة (Mission):

بالنسبة للصحة العامة فإن الرسالة هى تأمين الظروف التى يستطيع الناس أن يعيشوا فيها أصحاء.

التعبئة للتدخل من خلال التخطيط وعلاقات التعاون (Mobilizing for Action Through Planning and Partnerships (MAPP)):

انظر بروتكول التقييم للتميز فى الصحة العامة (Assessment Protocol for Excellence in Public Health (APEXPH)).

الإصابة (Morbidity):

مقياس لحدوث أو انتشار المرض فى فئة سكانية معينة أو موقع أو فى المجموعات الأخرى موضوع الاهتمام.

الوفاة (Mortality):

تعبير عن عدد الوفيات فى المجتمع السكانى خلال فترة زمنية محددة. ويمكن التعبير عن معدلات الوفيات باستخدام معدلات الوفيات الخام (crude death rates) (وتمثل مجموع الوفيات مقسومًا على مجموع السكان خلال سنة)، ومعدلات الوفيات لأمراض معينة وفى بعض الأحيان لفئة عمرية أو جنس معين أو غيرها من الخصائص (على سبيل المثال، عدد الوفيات بين الذكور البيض نتيجة لمرض السرطان بالعلاقة إلى مجموع السكان الذكور البيض خلال سنة معينة).

النفقات الصحية القومية (National Health Expenditures):

مجموع ما أنفق على جميع الخدمات والتجهيزات الصحية والبحوث المرتبطة بالصحة وأعمال التشييد والبناء فى الولايات المتحدة خلال السنة المالية.

الأهداف (Objectives):

هى موضوعات الإنجاز من خلال التدخلات. وتعتبر الأهداف محدودة بوقت معين وقابلة للقياس فى جميع الحالات. وتشتمل المستويات المختلفة لأهداف تدخل ما على الهدف الخاص بالنتيجة (oucome objective) والهدف الخاص بالأثر (impact objective) والهدف الخاص بالعملية (process objective).

النتائج (Outcomes):

يطلق عليها فى بعض الأحيان نتائج (results) النظام الصحى، ويمكن اعتبارها بمنزلة مؤشرات للحالة الصحية وخفض نسبة الخطر والرفع من مستوى جودة الحياة (quality-of-life-enhancement). والنتائج هى أهداف طويلة المدى تحدد مستويات مستقبلية مثالية وقابلة للقياس للحالة الصحية كما تضع الحد الأعلى المقبول لمستويات المرض والإصابة والعجز الوظيفى أو معدل شيوع العوامل المنشئة للخطر.

الهدف الخاص بالنتيجة (Outcome Objective):

المستوى الذى يجب خفض المشكلة الصحية إليه كنتيجة لتدخل معين. وغالبًا ما تكون الأهداف الخاصة بالنتيجة طويلة المدى (٢–٥ سنوات) وقابلة للقياس وواقعية.

المخرجات (Outputs):

البرامج الصحية والخدمات الرامية للوقاية من الوفاة والمرض والعجز وتعزيز جودة حياة الفرد.

سلطة تنظيم المجتمع (Police Power):

سلطة أساسية للحكومة تسمح لها بتقييد حريات الأفراد بهدف حماية سلامة ومصالح جميع أفراد المجتمع السكانى.

تطوير السياسات (Policy Development):

إحدى وظائف الصحة العامة الثلاث الأساسية. ويشتمل تطوير السياسات على خدمة مصالح العامة عند تطوير سياسات شاملة للصحة العامة من خلال تشجيع استخدام قاعدة المعرفة العلمية فى صناعة القرار وتولى مركز القيادة فى مجال تطوير السياسات الصحية العامة.

خدمات الصحة العامة الموجهة للمجتمعات (Population-Based Public Health Services):

التدخلات الموجهة للوقاية من المرض وتعزيز الصحة والتى تؤثر على جميع السكان وتتعدى العلاج الطبى لتستهدف الأخطار الأساسية مثل التبغ والمخدرات وتعاطى الكحول والتغذية وأنماط الحياة غير النشطة والعوامل البيئية.

التأجيل (Postponement):

أحد أشكال الوقاية الذى يتم فيه تأخير وقت حدوث المرض أو الإصابة لخفض معدل انتشار الحالة بين أفراد المجتمع.

معدل انتشار المرض (Prevalence):

مقياس لعبء المرض أو الإصابة فى المجتمع وهو بصفة عامة عدد حالات المرض أو الإصابة عند نقطة زمنية محددة أو خلال فترة زمنية معينة. ويتأثر معدل انتشار المرض بكل من معدل حدوث المرض أو الإصابة (incidence) وبمدة بقائهما (duration) فى المجتمع.

النسبة التى تمت الوقاية منها (Prevented Fraction):

نسبة الأثر الصحى السلبى التى تم إزالتها نتيجة لإستراتيجية التدخل.

الوقاية (Prevention):

فعل توقعى يتخذ لمنع وقوع حدث ما أو لتحجيم الآثار المترتبة عليه بعد حدوثه. وتهدف الوقاية لتقليل حدوث المرض أو العواقب المترتبة عليه، وتشمل الوقاية الأفعال التى تهدف لخفض القابلية أو التعرض للتهديدات على الصحة (الوقاية الأولية) والكشف عن المرض وعلاجه فى مراحله المبكرة (الوقاية الثانوية) وتخفيف الآثار الناجمة عن المرض والإصابة (الوقاية من المستوى الثالث). وتشمل أمثلة الوقاية التحصينات والاستجابة الطارئة للأمراض الوبائية والتثقيف الصحى وتعديل السلوكيات المؤدية للخطر وتخفيف الأخطار المادية والتدريب على السلامة وإزالة الأخطار فى بيئة العمل وتغيير العمليات الصناعية.

الإستراتيجيات الوقائية (Preventive Strategies):

أطر لتصنيف البرامج الوقائية وفقًا للكيفية التى تتم بها تقديم تقنية أو تكنولوجيا الوقاية – من مقدم الخدمة الى المريض (الخدمات الاكلينيكية الوقائية) والمسئولية الفردية (الوقاية السلوكية) أو تغيير البيئة المحيطة بالفرد (الوقاية البيئية) – أو فى مراحل التطور الطبيعى للمرض أو الإصابة (رعاية أولية ورعاية المستوى الثانى ورعاية المستوى الثالث).

الرعاية الطبية الأولية (Primary Medical Care):

وتشمل الخدمات الإكلينيكية الوقائية والخدمات العلاجية عند الاتصال الأول بمقدم الخدمة والرعاية المستمرة للحالات الطبية الشائعة. وتركز الرعاية الصحية الأساسية أو العامة على المرحلة التى يجب أن يطلب خلالها المريض المساعدة من نظام الرعاية الطبية. ويمكن اعتبار الرعاية الأولية شاملة عندما يتولى مقدم الرعاية الأولية مسئولية التنسيق

الشامل للعناية بمشاكل المريض الصحية سواء كانت تلك المشاكل طبية أو سلوكية أو اجتماعية. كما يعد التوظيف المناسب للمستشارين والموارد المتوافرة فى التجمع السكانى بمنزلة جزء مهم من الرعاية الصحية الأولية الفعالة. وهذه الرعاية عادة ما تقدم من قبل الأطباء ولكن يمكن تقديمها أيضًا من قبل أشخاص آخرين مثل المرضين - أو المرضات - الممارسين (nurse practioners) أو مساعدى الأطباء (physician assistants).

الوقاية الأولية (Primary Prevention):

الإستراتيجيات الوقائية التى تسعى للوقاية من حدوث المرض أو الإصابة من خلال خفض التعرض للعوامل المنشئة للخطر (risk factors) أو خفض مستويات تلك العوامل. ويمكن لهذه الإستراتيجيات أن تقلل أو تزيل العوامل المسببة للخطر (خفض نسبة الخطر (risk reduction).

مقاييس العملية (Process Measures):

الخطوات المنطقية المطلوبة فى برنامج ما حتى ينجح ذلك البرنامج.

الهدف الخاص بالعملية (Process Objective):

المستوى الذى يجب أن ينخفض إليه العامل المساهم كنتيجة للقيام بأنشطة البرنامج بنجاح تام.

الصحة العامة (Public Health):

الأنشطة التى يقوم بها المجتمع لتوفير الظروف الملاءمة التى يستطيع الناس أن يكونوا فيها أصحاء. وتشمل هذه الأنشطة جهود التجمع السكانى المنظمة للوقاية من التهديدات التى تستهدف صحة الناس وتحديدها ومواجهتها.

الصحة العامة فى أمريكا (Public Health in America):

وثيقة تم إعدادها من قبل مشروع الوظائف الأساسية (Core Functions Project) تصف رؤية الصحة العامة المستقبلية ورسالتها والطموحات بشأن النتائج وخدمات الصحة

العامة الحيوية. انظر أيضًا خدمات الصحة العامة الحيوية (Essential Public Health Services) وتوضيح (١-٥).

ممارسة الصحة العامة (Public Health Practice):

تطوير وتطبيق الإستراتيجيات والتدخلات الوقائية لتعزيز وحماية صحة المجتمعات.

أدلة ممارسة الصحة العامة (Public Health Practice Guidelines):

عبارات تم تطويرها بطريقة منظمة تساعد ممارس الصحة العامة فى اتخاذ القرارات بشأن التدخلات على مستوى المجتمع.

ممارسات الصحة العامة (Public Health Practices):

تلك الممارسات أو العمليات التنظيمية الضرورية والكافية لضمان القيام بوظائف الصحة العامة الحيوية بفعالية. وقد تم تحديد ١٠ ممارسات للصحة العامة هى:

١- تحديد الاحتياجات الصحية فى المجتمع.

٢- تقصى حدوث الأخطار على الصحة فى المجتمع.

٣- تحليل الاحتياجات الصحية التى تم تحديدها للكشف عن محدداتها والعوامل المساهمة فيها.

٤- التأييد والحصول على الدعم للصحة العامة.

٥- وضع أولويات للاحتياجات الصحية التى تم تحديدها.

٦- تطوير سياسات شاملة وخطط لتلبية الاحتياجات الصحية ذات الأولوية.

٧- إدارة الموارد بكفاية.

٨- التأكد من العمل على تلبية الاحتياجات الصحية ذات الأولوية فى المجتمع.

٩- تقييم آثار البرامج والخدمات.

١٠- إعلام وتثقيف الناس.

عمليات الصحة العامة (Public Health Processes):

تلك الممارسات أو العمليات الجماعية الضرورية والكافية لضمان القيام بوظائف الصحة العامة الحيوية وتقديم خدمات الصحة العامة الحيوية بفعالية، وتشمل العمليات

الرئيسية التى تحدد وتضع الحلول للمشاكل الصحية والعوامل المسببة لها، والتدخلات التى يقصد بها الوقاية من الوفاة والمرض والعجز وتعزيز جودة الحياة.

مصلحة الصحة العامة (Public Health Service):

تشتمل مصلحة الصحة العامة الأمريكية اليوم، بعد إعادة تنظيمها فى ١٩٩٦م، على مكتب الصحة العامة والعلوم (Office of Public Health and Science) (والذى يرأسه مساعد الوزير لشئون الصحة (Assistant Secretary of Health ويشمل مكتب كبير الأطباء (Office of the Surgeon General)) وثمانى مؤسسات تشغيلية تضم:

- إدارة الموارد والخدمات الصحية (Health Resources and Services Administration).
- مصلحة صحة الهنود الحمر (Indian Health Service).
- مراكز السيطرة والوقاية من المرض (Centers for Disease Control and Prevention).
- معاهد الصحة الوطنية (National Institutes of Health).
- إدارة الأغذية والأدوية (Food and Drug Administration).
- خدمات تعاطى المواد المخدرة والصحة النفسية (Substance Abuse and Mental Health Services).
- وكالة المواد السامة وتسجيل الأمراض (Agency for Toxic Substances and Disease Registry).
- وكالة سياسات الرعاية الصحية والبحوث (Agency for Health Care Policy and Research).

بالإضافة الى مديرى المناطق الصحية (Regional Health Administrators) للمناطق العشرة الفيدرالية فى الولايات المتحدة.

نظام الصحة العامة (Public Health System):

هو الجزء الأكبر من نظام الصحة الذى يسعى لضمان ظروف يتمكن الناس فيها من العيش أصحاء من خلال القيام بوظائف الصحة العامة الأساسية الثلاث. ويمكن وصف النظام بتوسع عن طريق مدخلاته وممارساته ومخرجاته ونتائجه.

القوى العاملة فى الصحة العامة (Public Health Work Force):

تشمل القوى العاملة فى الصحة العامة الأفراد:

- الموظفين فى منظمات مشغولة بجهود منظمة لتعزيز وحماية والحفاظ على الصحة فى مجموعة سكانية محددة. ويمكن أن تكون المجموعة عامة أو خاصة، ويمكن أن تكون تلك الجهود ثانوية أو مساعدة لتحقيق الأهداف الرئيسية للمنظمة.
- الذين يؤدون عملاً يتألف من واحدة أو أكثر من خدمات الصحة العامة أو أنشطتها المحددة.
- الذين يشغلون مناصب تتطلب تقليدياً سنة واحدة من التدريب المتخصص فى الصحة العامة بعد مرحلة الدراسة الثانوية ويمنحون (أو يمكن منحهم) مسميات وظيفية مهنية.

جودة الرعاية الصحية (Quality of Care):

المقدار الذى تزيد به الخدمات الصحية المقدمة للأفراد من احتمالية حدوث نتائج صحية مرغوب فيها والتى تنسجم مع المواصفات والتقديرات المهنية الموضوعة ذات القيمة للمستهلك. ويمكن النظر إلى الجودة أيضاً على أنها المقدار الذى تتمكن به الأفعال المتخذة وغير المتخذة من زيادة احتمالية الاستفادة من النتائج الصحية إلى الحد الأقصى وتحجيم الخطر وغيره من النتائج المرغوب عنها، عطفاً على الحالة الراهنة للعلوم والتقنية الطبية.

سنوات العمر المعدلة حسب الجودة ((Quality-Adjusted Life Years (QALYs)):

مقياس للحالة الصحية يتم فيه تحديد وزن لكل فترة زمنية يتراوح من صفر إلى ١، حسب جودة الحياة المرتبطة بالصحة خلال تلك الفترة. ومن ثم يتم جمع تلك الأوزان خلال الفترات الزمنية المختلفة لحساب سنوات العمر المعدلة حسب الجودة. وفى كل فترة يرمز الوزن ١ إلى صحة مثالية والوزن صفر إلى حالة صحية موازية للوفاة.

المعدل (Rate):

تعبير رياضى للعلاقة بين البسط (عدد الوفيات أو الأمراض أو حالات العجز أو الخدمات ... إلخ) وبين المقام (الفئات السكانية المعرضة للخطر) مجتمعاً مع تحديد للفترة الزمنية. وتمكن المعدلات من إجراء المقارنات فى عدد الأحداث بين المجتمعات وفى فترات زمنية مختلفة. ويمكن للمعدلات أن تكون خاماً (crude) أو محددة (specific) أو محسنة (adjusted).

إعادة التأهيل (Rehabilitation):

إستراتيجية تدخل تسعى لإعادة الأفراد إلى أعلى مستوى ممكن من القدرة التى تمكنهم من القيام بالوظائف الأساسية فى الحياة.

العامل المنشىء للخطر (Risk Factor):

سلوك أو ظرف يعتقد، بناء على حقائق علمية أو نظرية ما، بأنه يؤثر فى قابلية الإصابة بمشكلة صحية معينة.

معدل الخطر/الخطر النسبى (Risk Ratio/Relative Risk):

معدل الخطر (risk ratio) هو نسبة حدوث خطر أو احتمالية حدوث نتائج أو أحداث صحية معينة فى مجموعة مقارنة بمجموعة أخرى. وتوفر نسب الخطر (risk ratios) مقياس للاختلاف النسبى فى الخطر بين مجموعتين. والخطر النسبى (relative risk) هو مثال على معدل خطر (risk ratio) يتم فيه قسمة معدل حدوث المرض ((incidence فى مجموعة معرضة لخطر ما (exposed group) على معدل حدوث المرض فى مجموعة غير معرضة (unexposed group) لذلك الخطر.

الكشف المبكر عن المرض (Screening):

استخدام التكنولوجيا والإجراءات لتمييز أولئك الأفراد الذين تتوافر لديهم علامات وأعراض المرض عن أولئك الذين تقل احتمالية وجود المرض لديهم. ثم تشخيص حالتهم بشكل أوسع إذا كان ذلك ضرورياً ومن ثم يتم التدخل المبكر أو توفير العلاج إذا تطلب الأمر ذلك.

الرعاية الطبية الثانوية (Secondary Medical Care):

العناية المتخصصة والرعاية المستمرة للحالات الطبية الشائعة والحالات الطبية الأقل شيوعاً، وتشمل خدمات دعم الأفراد ذوى التحديات الخاصة الناجمة عن الإصابة بأمراض مزمنة أو تتطلب رعاية طويلة الأجل. كما تشمل الخدمات المقدمة من قبل الأطباء المتخصصين والذين عادة لا يمثلون نقطة الاتصال الأولى مع المرضى (مثل أخصائيى القلب وأخصائيى المسالك البولية وأخصائيى الأمراض الجلدية). ولكن يوجد توجه فى

الولايات المتحدة للإحالة الذاتية من قبل المرضى أنفسهم لتلك الخدمات بدلاً من قيام مقدمى الرعاية الصحية الأولية بهذه المهمة.

الوقاية الثانوية (Secondary Prevention):

إستراتيجيات التدخل التى تسعى لتحديد المرض والسيطرة عليه فى مراحل تطوره المبكرة وقبل ظهور علاماته وأعراضه (الكشف المبكر عن المرض والعلاج).

مدة الحياة الصحية (Span of Healthy Life):

مقياس للحالة الصحية يجمع بين العمر المتوقع (life expectancy) وتقييم الأفراد الذاتى لحالتهم الصحية (self-reported health status) والعجز الوظيفى لحساب عدد من السنوات التى يتوقع أن يقوم الفرد خلالها بوظائفه الأساسية فى الحياة بشكل طبيعى.

المعدل المحدد (Specific Rate):

تختلف المعدلات على نحو كبير حسب العرق والجنس والفئة العمرية. ويمكن جعل المعدل محدداً أو خاصاً بجنس أو فئة عمرية أو عرق أو بسبب للوفاة أو بمجموعة مؤلفة من هذة جميعاً.

مؤسسة الصحة فى الولاية (State Health Agency):

وحدة من حكومة الولاية تخول لها مسئولية رئيسية لتحديد وتلبية الاحتياجات الصحية للمواطنين فى الولاية. ويمكن أن توجد مؤسسة الصحة فى الولاية بشكل مستقل أو على شكل وحدات متعددة الأغراض فى مؤسسات الصحة والخدمات الإنسانية.

التخطيط الإستراتيجى (Strategic Planning):

عملية منظمة تهدف إلى الوصول إلى قرارات وأفعال تشكل وتوجه ماهية المنظمة وما تقوم به ولماذا تقوم بما تعمله. وهى عملية يتم من خلالها تقييم البيئة المتغيرة للمنظمة بغرض إيجاد تصور للمستقبل، وتحديد الكيفية التى تتكيف بها المنظمة فى البيئة المتوقعة بناء على الغرض الأساسى ومصادر القوة والضعف فى المنظمة، ومن ثم تفعيل خطة عمل كفيلة بدعم موقع المنظمة فى البيئة أو المحيط الذى تعمل فيه.

المراقبة (Surveillance):

المتابعة المنظمة للحالة الصحية فى المجتمع السكانى.

الرعاية الطبية من المستوى الثالث (Tertiary Medical Care):

رعاية قائمة على نظام الإحالة للأطباء ذوى التخصصات الطبية الدقيقة تتطلب موارد بشرية ومرافق عالية التخصص. وتقدم الخدمات من قبل أطباء ذوى تخصصات دقيقة (مثل المختصين فى الأعصاب وجراحة الأعصاب وجراحة القفص الصدرى ووحدات العناية المركزة). وتتطلب عادة مثل هذه الخدمات أجهزة متطورة ومرافق داعمة. وتعتمد هذه الخدمات بشكل كبيرعلى التطورات فى الأساليب التشخيصية والعلاجية التى تحققت بفضل الأبحاث الأساسية والإكلينيكية فى حقل الأحياء الطبية.

الوقاية من المستوى الثالث (Tertiary Prevention):

إستراتيجيات وقائية تعمل على الحيلولة دون العجز، وذلك من خلال إعادة الأفراد للمستوى الوظيفى الأمثل بعد حدوث المرض أو الإصابة ووقوع الضرر.

الإعفاء (Waiver):

يجب على الولايات الحصول على إعفاء من الالتزام بمتطلبات القانون الفيدرالى الخاص بالرعاية الصحية للمعوزين (Medicaid) من إدارة تمويل الرعاية الصحية (Health Care Financing Administration) يسمح لها بتسجيل رعاياها الذين تنطبق عليهم شروط القانون فى برامج الرعاية الاقتصادية (managed care plans) أو بعدم تطبيق بعض جوانب القانون.

سنوات العمر المحتملة الضائعة ((Years of Potential Life Lost (YPLL):

مقياس لأثر المرض أو الإصابة فى المجتمع السكانى يحسب سنوات العمر الضائعة قبل بلوغ سن معينة (عادة ٦٥ سنة أو ٧٥ سنة). ويضع هذا الأسلوب وزنًا أو قيمة إضافية لحالات الوفاة الحادثة فى المراحل العمرية المبكرة.

المترجم فى سطور

الدكتور فهد بن عتيق العتيق

- من مواليد الرياض عام ١٩٦٦م.

المؤهل العلمى:

درجة الدكتوراه فى الصحة العامة تخصص إدارة الخدمات الصحية من جامعة بتسبرج (كلية الدراسات العليا للصحة العامة) بالولايات المتحدة الأمريكية، عام ١٩٩٩م.

الوظيفة الحالية:

- أستاذ الإدارة الصحية المساعد ومنسق قطاع البرامج الصحية بمعهد الإدارة العامة منذ عام ٢٠٠٠م.

الأنشطة العلمية:

- تقديم ورقة عمل بعنوان «تجربة المملكة العربية السعودية فى تشغيل المستشفيات الحكومية: التحول من نظام تشغيل الشركات إلى نظام التشغيل الذاتى» ضمن فعاليات مؤتمر «الاتجاهات الحديثة فى إدارة المستشفيات الحكومية والخاصة فى الوطن العربى» المنعقد فى القاهرة، جمهورية مصر العربية خلال الفترة ١٢-١٤ مارس (آذار) ٢٠٠٢م.
- «التحليل اللاحق: أسلوب التعلم من خلال المراجعة الكمية للدراسات السابقة»، الإدارة العامة، العدد الثالث من المجلد الثالث والأربعين (٥٧٣ - ٦٢٣) رجب ١٤٢٤هـ الموافق سبتمبر (أيلول) ٢٠٠٣م.

-"Socioeconomic Correlates of Health Status: The Significance of Behavioral Risk Factors among Non-Institutionalized American Adults (Doctoral Dissertation), University of Pittsburgh, 1999.
- "Severe Acute Respiratory Synrome: The Evolution of A New Epidemic" ***Annals of Saudi Medicine,*** Vol. 23, Nos. 3-4. May/July, 2003/ Rabia Al Awal 1424.
- "SARS: The Emergence of a New Epidemic" ***Saudi Med J.*** Vol. 24 (7), 2003.
- "Natural Family planning Revisited" ***Saudi Med J,*** 25 (3), 2004.
- "Reading Medical Articles Critically: What They Don't You in Medical School" ***Saudi Med j,*** Vol. 25 (4), 2004.

مراجع الترجمة في سطور

الدكتور عبدالعزيز بن عبدالرحمن الشامخ

- من مواليد عرعر عام ١٣٧٨هـ.

المؤهل العلمي:

درجة الدكتوراه في إدارة الخدمات الصحية من جامعة بتسبرج بالولايات المتحدة الأمريكية، عام ١٩٩٢م.

الوظيفة الحالية:

- مساعد مدير عام مؤسسة سلطان بن عبدالعزيز آل سعود الخيرية.

الأنشطة العملية:

- عضو اللجنة الوطنية لدراسة الوضع الصحي بالمملكة.
- عضو فريق العمل لإعداد النظام الوطني للمعاقين.
- أستاذ مساعد ومنسق قطاع الإدارة الصحية بمعهد الإدارة العامة سابقًا.

تصميم وإخراج وطباعة
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٢٥هـ

هذا الكتاب

يهدف هذا الكتاب فى جوهره إلى وصف مفهوم الصحة العامة الشائك والمتعدد الأبعاد ببساطة ووضوح من خلال ماهية الصحة العامة وما تعمله وكيفية عملها ولماذا هى ذات أهمية لنا جميعًا. ويستفيد الكتاب فى تحقيق هذا الهدف من إطار فكرى مفهوم من قبل المشتغلين وغير المشتغلين فى حقل الصحة العامة على حد سواء، فهو يصف الصحة العامة من خلال رسالتها ووظائفها وإمكانياتها وعملياتها ونتائجها. كما يقدم هذا الكتاب أساسيات الصحة العامة مع التركيز على الفهم بدلاً من الشمولية ويستعرض مفاهيم أساسية ولكنه يقوم بربطها بالممارسة العملية فى الواقع. ومن هذا المنطلق يجب أن ينظر إلى هذا الكتاب باعتباره إطارًا لتعليم الصحة العامة وفهمها وليس باعتباره قائمة مُحددة لمبادئ الصحة العامة وممارساتها.

ولتحديد مفهوم الصحة العامة وفحص الكيفية التى تؤدى بها الصحة العامة وظائفها؛ يتناول الكتاب الموضوعات التالية:

- نشأة وتطور الصحة العامة.
- العلاقات بين ممارسة الصحة العامة والصحة والنظم الصحية.
- محددات الصحة والمرض فى التجمعات السكانية.
- البنية التحتية لنظام الصحة العامة.
- ممارسة الصحة العامة المبنية على الحقائق.
- أنشطة الصحة العامة، مثل الاستقصاء الوبائى والبحوث الصحية والحيوية والتقييم البيئى وتحليل سلوك الأفراد والجماعات ... إلخ.

وتعتبر هذه الموضوعات ضرورية لدارسى الصحة العامة فى تخصصاتهم الأكاديمية، وتتزايد أهميتها للطلاب المتخصصين فى العلوم الاجتماعية وغيرها من المهن الصحية. كما يستهدف هذا الكتاب ممارسي الصحة العامة بنفس القدر الذى يستهدف دارسيها. ويمثل هذا الكتاب وجهة النظر القائلة بعدم إمكانية تعليم الصحة العامة بشكل كافٍ من خلال كتاب بل إنه يجب تعلمها من خلال سبر أغوارها والممارسة العملية لمفاهيمها وأساليبها. وعلى الرغم من تركيز فصول الكتاب على الصحة العامة فى الولايات المتحدة فإن تلك الفصول تحتوى على معلومات ومقارنات حول الصحة العامة على المستوى العالمى. ولعل القيمة الحقيقية لهذا الكتاب كما يقول المؤلف تكمن فى قدرته على حث القارئ على التفكير «خارج حدود هذا الكتاب».

ردمك : ١-١١٠-١٤-٩٩٦٠

تصميم وإخراج وطباعة الإدارة العامة للطباعة والنشر. معهد الإدارة العامة ١٤٢٥هـ